

Sekundäre Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen

Elisabeth Petermichl

Elisabeth Petermichl

Sekundäre Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen

Aktuelle Copingstrategien in Bezug auf die Thematik

Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Elisabeth Petermichl
Sekundäre Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen
Aktuelle Copingstrategien in Bezug auf die Thematik

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten
© 2012 ZKS-Verlag
Cover-Design: Leon Reicherts
ISBN 978-3-934247-23-9

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de
www.zks-verlag.de
Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSEG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

**Sekundäre Traumatisierung im Kontext
Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen.**

Aktuelle Copingstrategien in Bezug auf die Thematik

**Secondary Traumatization in the Context of
Social Work with Refugees.**

Current Coping strategies with Regard to this Issue

Diplomarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Magistra (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe

der

Fachhochschule Campus Wien

Diplomstudiengang Sozialarbeit (im städtischen Raum)

Vorgelegt von:

Elisabeth Petermichl

Personenkennzeichen: c 06 10 21 80 42

Erstbegutachterin:

Mag.^a (FH) DSA Konstanze Gneist

Zweitbegutachter:

Dr. med. Wilhelm Tenner

Abgabetermin: 12.11.2010

<i>Danksagung</i>	6
1. Einleitung	7
1.1. <i>Die Forschungsfrage und deren Relevanz für die Soziale Arbeit</i>	7
1.2. <i>Erläuterungen zu Begrifflichkeiten</i>	8
1.2.1. <i>Flüchtling bzw. Flüchtlinge</i>	8
1.2.2. <i>Soziale Arbeit</i>	9
1.3. <i>Anmerkungen zu Zitation & Schreibweise</i>	10
2. Methode	11
2.1. <i>Methodenwahl & Begründung</i>	11
2.2. <i>Der Leitfaden</i>	13
2.3. <i>Auswahl der InterviewpartnerInnen</i>	14
2.4. <i>Zugang zu InterviewpartnerInnen und Durchführung der Interviews</i>	15
2.5. <i>Forschungsethische Aspekte</i>	17
2.6. <i>Die InterviewpartnerInnen</i>	17
2.7. <i>Auswertung & Analyse der gewonnenen Daten</i>	20
3. Soziale Arbeit mit Flüchtlingen	22
3.1. <i>Spezifische Herausforderungen des Handlungsfeldes</i>	22
3.1.1. <i>Soziale Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen</i>	22
3.1.2. <i>Arbeit in einem mehrdimensionalen Spannungsfeld</i>	27
3.2. <i>Relevante Methoden und Konzepte Sozialer Arbeit</i>	33
3.2.1. <i>Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat</i>	33
3.2.2. <i>Empowerment in der Sozialen Arbeit mit geflüchteten Menschen</i>	35
3.3. <i>Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und (Trauma-)Therapie</i>	36
4. Abriss der Grundlagen der Psychotraumatologie	39
4.1. <i>Geschichte der Psychotraumatologie</i>	39
4.2. <i>Trauma – Versuch einer Definition</i>	41
4.3. <i>Trauma aus neurobiologischer Perspektive</i>	43
4.4. <i>Traumatisierung als Prozess</i>	45
4.5. <i>Traumatisierung aus psychologisch- diagnostischer Perspektive</i>	49
4.5.1. <i>Akute Belastungsreaktion (ICD 10 : F 43.0)</i>	50
4.5.2. <i>Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 : F 43.1)</i>	51
4.5.3. <i>Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung</i>	52
(ICD 10 : F62.0).....	52
4.6. <i>Gesunde Verarbeitung traumatischer Erlebnisse</i>	53
4.7. <i>Traumatisierung im Kontext von Flucht</i>	55

5. Sekundäre Traumatisierung	57
5.1. <i>Die Arbeit mit traumatisierten Menschen hinterlässt Spuren bei den HelferInnen</i>	57
5.2. <i>Kernbegriffe der Sekundären Traumatisierung</i>	61
5.2.1. Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD).....	61
5.2.2. Compassion Fatigue (C. R. Figley).....	63
5.2.3. Vicarious Traumatization bzw. Stellvertretende Traumatisierung (I.L.McCann, L.A. Pearlman, K.W. Saakvitne & Team)	64
5.2.4. Gegenübertragung.....	65
5.2.5. Abgrenzung von dem Phänomen Burnout	67
5.3. <i>Aktuelle Studien und Forschung</i>	68
5.3.1. Gurrin N., Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen.....	68
5.3.2. Daniels J., Studie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen	70
5.3.3. Andreatta M.P., Die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch primäre und Sekundäre Traumatisierung - Auswirkungen von Traumaexposition auf kognitive Schemata	72
5.3.4. Rösing I.&Hernández et al., Vom verwundeten Heiler zu <i>Vicarious Resilience</i>	74
5.4. <i>Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung</i>	75
5.5. <i>Risikofaktoren</i>	78
5.6. <i>Sekundäre Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit</i>	79
6. Copingstrategien in Bezug auf Sekundäre Traumatisierung	81
6.1. <i>Coping und Copingstrategien</i>	82
6.2. <i>Strategien im Hinblick auf die positive Bewältigung beruflicher Belastungen</i>	84
6.2.1. Individuelle Strategien.....	84
6.2.2. Institutionelle bzw. einrichtungsspezifische Strategien	87
Ergebnisse der durchgeführten Interviews	88
7. Traumata der KlientInnen	89
7.1. <i>Traumatisierung aus dem Heimatland</i>	89
7.2. <i>Traumatisierung durch die bzw. auf der Flucht</i>	89
7.3. <i>Traumatisierung durch die Situation in Österreich</i>	90
7.3.2. Erlebte Hilflosigkeit - wenig Selbstbestimmungsmöglichkeiten	91
7.3.3. De facto Arbeitsverbot /Zwangsfreizeit	91
7.3.4. Sprachliche Barrieren	92
7.3.5. Mangelnde Intimsphäre in Heimen.....	93
7.3.6. Unsicherheit / Angst / Illegalisierung	93
7.3.7. Polizeieinsätze und Schubhaft	94
7.3.8. Abschiebungen.....	94
7.4. <i>Zusammenfassung und Interpretation</i>	95
8. Wie kommen SozialarbeiterInnen mit Traumata ihrer KlientInnen in Berührung?	96
8.1. <i>Formen der Konfrontation mit Traumata</i>	96
8.1.1. Erzählungen	96
8.1.2. Verhalten der KlientInnen bzw. Auswirkungen traumatischer Erlebnisse	104
8.1.3. Die umfassende Präsenz des Traumas	109

8.2. Was wird von den Sozialarbeitenden als besonders berührend bzw. belastend erlebt? Was beschäftigt über längere Zeiträume?	109
8.2.1. Negative Erfahrungen in Österreich	109
8.2.2. Sich mit verantwortlich fühlen – Schuldzuschreibungen.....	110
8.2.3. Eigene Hilflosigkeit	110
8.2.4. Parallelen zum eigenen Leben	111
8.2.5. Langjährige Betreuungsbeziehungen	111
8.2.6. Unvorhergesehene Erzählungen	111
8.2.7. Die „ersten“ KlientInnen nach dem Berufseinstieg	111
8.3. Zusammenfassung und Interpretation	112
9. Wie geht es SozialarbeiterInnen, wenn sie mit Traumata konfrontiert werden bzw. wie gehen sie damit um?	113
9.1. In der Situation selbst.....	113
9.1.1. Gefühlsebene	113
9.1.2. Reaktionsmuster	113
9.2. Prozess des Umgehen-Lernens.....	118
9.3. Zusammenfassung und Interpretation	120
10. Ressourcen & Strategien, um mit Belastungen umzugehen	121
10.1. Im Rahmen der Arbeit.....	121
10.1.1. Haltung KlientInnen gegenüber - Den ganzen Menschen sehen	121
10.1.2. Freiräume schaffen	122
10.1.3. Rituale.....	122
10.1.4. Auf sich selbst achten lernen	122
10.1.5. Mit KollegInnen reden.....	123
10.1.6. Humor und Ironie	124
10.1.7. Positive Aspekte und Erfolge bewusst wahrnehmen	124
10.1.8. Einen Schritt zurück treten	124
10.1.9. Reflexion bestehender Einflussmöglichkeiten auf die Rahmenbedingungen der Arbeit ...	125
10.1.10. Keine Vollzeitanstellung	125
10.1.11. Wenig bzw. keine Parallelen zum eigenen Leben	126
10.2. Abgrenzen bzw. Abschalten nach der Arbeit.....	126
10.2.1. Räumliche Distanz.....	126
10.2.2. „Puffer“ zwischen Arbeit und Privat.....	127
10.2.3. Bewegung bzw. Sport	128
10.2.4. In der Freizeit bewusst anders – Ausgleich schaffen	128
10.2.5. Mit Freunden plaudern & etwas unternehmen.....	129
10.2.6. Duschen – Belastungen „abwaschen“	129
10.2.7. Auszeiten & Urlaube.....	130
10.2.8. Natur	130
10.3. Team- bzw. Einrichtungsebene.....	131
10.3.1. Austauschmöglichkeiten	131
10.3.2. Zusammenhalt im Team.....	132
10.3.3. Teambesprechungen.....	132
10.3.4. Intervision & Supervision.....	132
10.3.5. Möglichkeit sich kurzfristig einen Tag frei zu nehmen.....	133
10.3.6. Fortbildungen.....	133
10.4. Zusammenfassung und Interpretation	134

11. Veränderungen im Menschen- bzw. Weltbild.....	135
11.1. Hinterfragen bisheriger Vorstellungen und Annahmen.....	135
11.2. Positive Veränderung der eigenen Lebenseinstellung.....	136
11.3. Das Schreckliche wird zur Normalität.....	136
11.4. Veränderung der Wahrnehmung Österreichs.....	137
11.5. Zusammenfassung und Interpretation.....	137
12. Aktueller Wissensstand und Bewusstsein hinsichtlich Sekundärer Traumatisierung.....	139
12.1. Der Begriff ist bekannt.....	139
12.1.1. Aus welchem Kontext sind die interviewten Sozialarbeitenden mit dem Begriff vertraut?	140
12.2. Begriff ist nicht bekannt, wird assoziiert mit.....	141
12.3. Reaktionen auf die Begriffsdefinition sowie Gedanken hinsichtlich des Gefährdungspotentials	142
12.4. Gibt es Bezeichnungen für erlebte Belastungen ?.....	144
12.5. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	145
13. Methodenreflexion und Resümee.....	147
Kurzfassung.....	151
Abstract.....	152
Quellenverzeichnis.....	153
Bücher bzw. Beiträge in Büchern sowie Zeitschriften.....	153
Internetquellen.....	156
Weitere Quellen.....	160
Abkürzungsverzeichnis.....	160
Abbildungsverzeichnis.....	160
Anhang.....	161
Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen.....	161
Asylverfahren in Österreich.....	162
Alltag und Lebensbedingungen von AsylwerberInnen.....	166
Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten.....	169
Psychosoziale Versorgung.....	170
Ablaufschema des Asylverfahrens nach dem Asylgesetz 2005.....	172
Interview-Leitfaden.....	173
Transkript eines Interviews.....	175
Curriculum Vitae.....	184
Erklärung.....	185

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich jenen Menschen danken, die mich während der Arbeit an meiner Diplomarbeit begleitet und unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mir dieses Studium ermöglicht haben und immer für mich da waren und sind.

Ebenso möchte ich meinem Freund Martin für seine Anteilnahme, viele hilfreiche Gespräche und seine unglaubliche Geduld danken.

Dank gebührt ebenso meiner Diplomarbeitsbetreuerin Mag.^a Konstanze Gneist für die fachliche Begleitung der Diplomarbeit, motivierende Gespräche sowie für zahlreiche hilfreiche Hinweise und Tipps.

Für die fachliche sowie stilistische Unterstützung beim Korrekturlesen der Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken bei Verena Halsmayer, Martin Loschwitz und Lisa Konzett.

Herzlichen Dank auch an meine KollegInnen aus der Deserteurs- und Flüchtlingsberatung, die mich in stressreichen Zeiten in der Arbeit unterstützt haben.

Ebenso möchte ich mich bei meinen InterviewpartnerInnen bedanken, ohne deren Offenheit die Arbeit in der vorliegenden Form nicht möglich gewesen wäre.

1. Einleitung

1.1. Die Forschungsfrage und deren Relevanz für die Soziale Arbeit

Menschen, die fliehen mussten, haben zumeist schreckliche Erfahrungen machen müssen – in den Herkunftsländern, auf der Flucht oder im Exil.

Diese Erfahrungen prägen Betroffene nachhaltig und können zu Traumatisierungen führen. Erlebte Traumata beeinflussen auch Soziale Arbeit mit den Betroffenen und führen dazu, dass SozialarbeiterInnen mit den Traumata der KlientInnen - sei es durch Erzählungen, durch deren Verhalten, mögliche Erkrankungen, etc. - in Berührung kommen.

Wie geht es SozialarbeiterInnen, wenn sie mit derartigen Erfahrungen konfrontiert werden? Wie reagieren sie und wie können sie im Sinne der eigenen Psychohygiene mit diesen Belastungen umgehen? Was können sie tun, um nicht selbst Betroffene der *unheimlichen Macht des Traumas*¹ zu werden?

In der Literatur sowie aktueller Forschung finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen auch Spuren bei den HelferInnen hinterlässt. Ein Konzept, das sich mit dieser Thematik beschäftigt, ist das der Sekundären Traumatisierung. Es beschreibt den Prozess einer sekundären bzw. indirekten Traumatisierung von professionellen HelferInnen durch die Konfrontation mit Traumata ihrer KlientInnen bzw. PatientInnen.

Da vorhandene Literatur und aktuelle Forschungsarbeiten sich vorwiegend auf Sekundäre Traumatisierung im therapeutischen- v. a. traumatherapeutischen- Kontext bzw. bei helfenden Berufen im medizinischen Bereich konzentriert, soll diese Arbeit einen ersten Einblick in die Materie im Rahmen Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen bieten.

Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik erscheint deshalb insbesondere im Hinblick auf mögliche Konsequenzen für die praktische Arbeit bzw. die Ausbildung von SozialarbeiterInnen (z.B. Sensibilisierung, Entwicklung von Präventionskonzepten) von Bedeutung.

¹ „Die unheimliche Macht des Traumas“ ist der Titel eines Artikels von Confrad Frey in dem er sich mit Sekundärer Traumatisierung auseinandersetzt.

1.2. Erläuterungen zu Begrifflichkeiten

1.2.1. Flüchtling bzw. Flüchtlinge

Ein wesentlicher Begriff in dieser Arbeit ist der des Flüchtlings in Anlehnung an die Genfer Flüchtlingskonvention (eigentlich „Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“, 1951). Sie beinhaltet die noch heute gültige Definition, wer nach dieser als Flüchtling anzusehen ist. Österreich ratifizierte die Konvention 1954, sie trat zu Beginn des Jahres 1955 in Kraft.²

Gemäß Artikel 1 der Genfer Flüchtlingskonvention ist eine Flüchtling eine *Person, die sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, und die wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor Verfolgung hat und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren kann.*³

Diese Flüchtlingseigenschaft ist materieller Natur, die Anerkennung als Flüchtling im Rahmen eines Asylverfahrens hat rein deklaratorischen Charakter: *Eine Person ist als Flüchtling anzuerkennen, weil sie die Flüchtlingseigenschaft hat, sie erlangt nicht etwa umgekehrt die Flüchtlingseigenschaft durch einen zuerkennenden Bescheid.*⁴

Der Begriff umfasst somit alle Personen vor der Asylantragstellung, während des Verfahrens und nach der Anerkennung. Dennoch bedarf es an sich keines Asylverfahrens um Flüchtling zu sein.

Da sich die Art des rechtlichen Aufenthaltsstatus auf die Soziale Arbeit mit dieser Zielgruppe auswirkt, finden folgende Spezifizierungen statt: Menschen, die sich in einem laufenden Asylverfahren befinden, werden als AsylwerberInnen bezeichnet; Personen, denen subsidiärer Schutz zuerkannt wurde, als subsidiär Schutzberechtigte und Menschen mit positivem Asylbescheid als anerkannte Flüchtlinge. Menschen ohne Aufenthaltstitel werden als Illegalisierte bezeichnet.⁵

² Vgl. Schumacher S., Peyrl J., Ratgeber Fremdenrecht, ÖGB Verlag, Wien³ 2007, S. 164

³ Die Genfer Flüchtlingskonvention: Fragen und Antworten, Homepage des UNHCR, URL: <http://www.unhcr.ch/grundlagen/genfer-fluechtlingskonvention.html>, Zugriff am 27.8.2010

⁴ Putzer J., Rohrböck J., Asylrecht. Leitfaden zur neuen Rechtslage nach dem Asylgesetz 2005, Manz Verlag, Wien 2007, S. 18

⁵ Vgl. Bernhart D., Somalische Flüchtlinge in Österreich. Wirkungsweisen politischer Regulierung durch das Asylverfahren auf somalische Flüchtlinge und ihre Reaktionen darauf, Diplomarbeit, FH Campus Wien, 2008, S. 7

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Definition der Genfer Flüchtlingskonvention vor dem Hintergrund ihres Entstehungszeitpunktes gesehen werden muss und aktuellen Fluchtbewegungen wie z.B. infolge von Naturkatastrophen, akuter wirtschaftlicher Not oder Kriegshandlungen nur eingeschränkt gerecht werden kann. Zum aktuellen Zeitpunkt scheint eine Überarbeitung bzw. Erweiterung des Schutzzumfanges der Konvention jedoch politisch unwahrscheinlich.⁶

1.2.2. Soziale Arbeit

Soziale Arbeit ist nach Lüssi der *zusammenfassende Begriff für die beiden Berufsbereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik*.⁷

Sozialpädagogik wird dabei als die - zumindest partielle - Teilnahme am Alltag und an der Lebenswelt der KlientInnen verstanden. Das Ziel sozialpädagogischen Handelns ist es, eine bestmögliche soziale Entwicklung der KlientInnen zu ermöglichen, was durch aktive Teilnahme am Alltag und an der alltäglichen Lebensbewältigung der KlientInnen sowie durch (Mit-) Gestaltung der Lebenswelt zu verwirklichen versucht wird. Sozialarbeit hingegen findet ambulant in einem institutionellen Rahmen statt und ist zumeist problemzentriert, d.h. es findet eine vorwiegend partielle Auseinandersetzung mit den KlientInnen sowie deren Lebenswelt statt.⁸ In der Realität finden sich oftmals auch Mischformen, bei denen nicht immer eindeutig ist, ob es sich um vorwiegend sozialarbeiterische oder sozialpädagogische Tätigkeiten handelt.

In der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen kommen verschiedene Methoden - z.B. klassische Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit, Case Management bei Multiproblemlagen - und Konzepte - z.B. Empowerment - zur Anwendung. Je nach Ausrichtung bzw. Zielgruppe der Einrichtung variieren auch die verschiedenen Themenkomplexe zu denen Beratung bzw. Betreuung statt findet.

⁶ Vgl. Schumacher S., Peyrl J., a.a.O., S. 164

⁷ Lüssi P., Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung, Paul Haupt Verlag, Bern⁵ 2001, S.49

⁸ Vgl. Ebd. S. 50f

1.3. Anmerkungen zu Zitation & Schreibweise

Indirekte Zitate im Theorieteil werden durch eine Fußnote mit dem entsprechenden Quellenverweis gekennzeichnet, direkte Zitate sind kursiv gestellt und ebenso mit einer Fußnote und dem Quellenverweis versehen.

Wird eine Quelle das erste Mal zitiert so finden sich die vollständigen Quellenangaben in der Fußnote, bei jeder weiteren Nennung findet sich in der Fußnote nur der Autor/die Autorin sowie bei gedruckten Werken die entsprechende Seitenanzahl. Bei mehreren Werken eines Autors/einer Autorin findet sich zudem ein Hinweis auf das Erscheinungsjahr, um eine Differenzierung zu ermöglichen.

Verweise innerhalb der Arbeit werden ebenso durch Fußnoten gekennzeichnet.

Zitate aus den Interviews sind mit der Nummer des jeweiligen Interviews bzw. des Interviewpartners/der Interviewpartnerin (z.B. IP 2) sowie den entsprechenden Zeilennummern versehen.

Bei Begriffen wie z.B. „Sekundäre Traumatisierung“ wird auch das Adjektiv „sekundäre“ zu Beginn groß geschrieben, da es sich um einen eigenständigen Begriff handelt, der auch in der Fachliteratur so wiedergegeben wird. Fremdsprachige Ausdrücke bzw. Bezeichnungen wie z.B. *Compassion Fatigue* oder *Vicarious Traumatization* sind kursiv gestellt.

Ein Abkürzungsverzeichnis sowie ein Abbildungsverzeichnis finden sich im Anhang der Arbeit.

2. Methode

2.1. Methodenwahl & Begründung

Bis dato kam es zu keiner wissenschaftlichen Einigung hinsichtlich einer Definition Sekundärer Traumatisierung. Eine Forschungsarbeit hinsichtlich der Frage, ob in der Praxis tätige SozialarbeiterInnen bereits eine Sekundäre Traumatisierung vorweisen, bedürfte einer gezielten klinisch-phänomenologischen Auseinandersetzung, die im Rahmen der empirischen Sozialforschung im Zuge der Erstellung einer Diplomarbeit nicht operationalisierbar bzw. durchführbar erscheint. Dieser Aspekt wird auf einer theoretischen Ebene beleuchtet werden und anhand bereits bestehender Literatur und Studien zu beantworten versucht.

Zur Beantwortung der konkreten Forschungsfrage im Rahmen dieser Arbeit wurde ein qualitativ sozialwissenschaftlicher Ansatz gewählt, der im Rahmen einer Querschnittserhebung mithilfe leitfadengestützter Interviews (Erhebungsinstrument) und anschließender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (Themenanalyse als Auswertungsinstrument) umgesetzt wurde.

Persönliche Befragungen stellten sich hierfür als geeignetes Mittel dar, um sowohl Wahrnehmungen, Interpretation von Sachverhalten, Meinungen, Einschätzungen, Alltagstheorien als auch Teile des Verhaltens der InterviewpartnerInnen zu explorieren. Sie ermöglichen ebenso *die Analyse von Effekten und Prozessen der individuellen Erfahrung als Reaktion auf bestimmte Situationen.*⁹

Im Hinblick auf diese spezielle Thematik erfolgte bisher kaum empirische Forschung bzw. fand diese nicht mit dem Fokus auf die spezifische Situation von SozialarbeiterInnen statt. Die Interviews, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurden waren deshalb als explorative Untersuchung angelegt, sollten einen möglichst offenen ersten Einblick in die Thematik ermöglichen und einer ersten Hypothesengenerierung dienen. Dementsprechend wurde der Fokus der empirischen Forschung darauf gelegt, unterschiedliche individuelle Copingstrategien der

⁹ Merton R., Kendall P., The Focused Interview, in: Lazarsfeld P., Rosenberg M. (Hrsg.), The Language of Social Research. A reader in the methodology of social research, o.O., New York 1955, zit. in: Friedrichs J., Methoden empirischer Sozialforschung, Westdeutscher Verlag, Opladen¹⁴ 1990, S. 226

SozialarbeiterInnen zu identifizieren und nicht anhand quantitativer Paradigmen versucht zu erheben, wie häufig diese bzw. bestimmte Copingstrategien zum Einsatz kommen.¹⁰ Das Vorwissen in Bezug auf die Thematik stammt aus einschlägiger Literatur, die auch in die Erstellung des Leitfadens einfluss.

Es handelt sich bei der Forschungsfrage um ein sensibles und individuelles Thema, zu dem der Zugang über mündliche Formen der Befragung, d.h. persönliche Interviews, gewährleistet scheint. Das Interview kommt trotz gewisser Reglementierungen einem realen Gespräch näher als diverse andere Erhebungsinstrumente. Die offene Herangehensweise sollte den InterviewpartnerInnen ausreichend Raum geben, um all jenes zu artikulieren, das sie zu dem vorgegebenen Thema sagen möchten, und zu Erzählungen persönlicher Erfahrungen anregen.¹¹ Auf Wunsch der InterviewpartnerInnen wurden die erhobenen Daten anonymisiert um etwaige Hemmnisse und Vorbehalte auszuräumen.¹²

Leitfadengestützte bzw. strukturierte Interviews ermöglichen es einerseits den interviewten Personen möglichst frei und offen zu formulieren; andererseits bieten sie für InterviewerInnen die Möglichkeit, alle relevanten Aspekte der Forschungsfrage anzusprechen und bei etwaigen Unklarheiten nachzufragen.¹³

Der allgemeine Rahmen der Thematik konnte bereits anhand von Sekundärliteratur herausgearbeitet werden, sodass in den Interviews konkrete Erfahrungen und Aspekte angesprochen werden konnten.

Ein Aspekt der Forschungsfrage beschäftigt sich mit dem aktuellen Wissenstand der SozialarbeiterInnen hinsichtlich Sekundärer Traumatisierung. Durch persönliche Interviews sollte auch die Spontaneität der Antworten gewährleistet werden, um eine möglichst realistische Einschätzung zu gewährleisten. Es erfolgte hinsichtlich dieses Aspekts der Forschungsfrage keine Vorinformation an die InterviewpartnerInnen.

¹⁰ Aussagen hinsichtlich der Häufigkeit der verwendeten Copingstrategien wären aufgrund fehlender Repräsentativität, d.h. der Möglichkeit der Generalisierung auf die Grundgesamtheit aller SozialarbeiterInnen im Flüchtlingsbereich, im Rahmen qualitativer Forschung ohnedies nicht gegeben.

¹¹ Vgl. Nohl A.-M., Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden² 2008, S.19f

¹² Vgl. Flick U., Qualitative Sozialforschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, Rowohlt, Hamburg² 1995, S. 75

¹³ Vgl. Friedrichs J., Methoden empirischer Sozialforschung, Westdeutscher Verlag, Opladen¹⁴ 1990, S. 224ff

2.2. Der Leitfaden

Im Leitfaden finden sich mehrere Themenblöcke, deren Anordnung für die Befragten einen logisch gegliederten Ablauf erkennen ließ. Die Fragen selbst sind offen und non-direktiv konzipiert.

Die Eingangsfragen sind neutral gehalten und sollten den InterviewpartnerInnen die Möglichkeit geben, kurz über sich und ihre Arbeit zu erzählen. Das Interesse für das Interview sollte dadurch gestärkt bzw. ein Redefluss in Gang gesetzt werden.

Im Anschluss daran fand die Überleitung zum ersten Themenkomplex der Forschungsfrage statt - der Exposition zu dem Inhalt traumatischer Erlebnisse der KlientInnen. An dieser Stelle stand die Frage nach der Intensität sowie den äußeren Rahmenbedingungen bzw. dem Kontext der Konfrontation mit Traumata der KlientInnen im Vordergrund.

Darauf folgten Fragen nach dem Befinden der Befragten während der Situation sowie ihren Gefühlen und ihrem Verhalten danach. Dieser Themenblock enthielt weiters Fragen nach der Dauer der Beschäftigung mit Traumata der KlientInnen sowie nach dem Umgang im Team mit diesen.

Die Überleitung zu dem Fragenkomplex zum Thema Sekundäre Traumatisierung fand statt, indem die InterviewpartnerInnen gefragt wurden, ob Ihnen der Begriff der Sekundären Traumatisierung bekannt ist bzw. was sie mit diesem verbinden. Es wurde klar gestellt, dass es nicht Ziel der Fragen ist, bei Ihnen eine Sekundäre Traumatisierung zu diagnostizieren oder derartige Spekulationen anzustellen.

Vielmehr ging es darum, welches Wissen diesbezüglich vorherrscht, in welchem Kontext dieses erworben wurde bzw. ob die InterviewpartnerInnen etwaige andere Bezeichnungen für die Belastungen aufgrund der Konfrontation mit Traumata verwenden. Dieser Fragenkomplex ist bewusst ans Ende des Leitfadens gestellt, da auf eine zu frühe Thematisierung mit möglichen Verweigerungen reagiert werden könnte bzw. der/die Interviewte nicht den Eindruck haben soll, sich in einer Prüfungssituation wiederzufinden.¹⁴ Der verwendete Leitfaden ist im Anhang der Arbeit enthalten.

¹⁴ Vgl. Friedrichs J., a.a.O., S. 208ff

2.3. Auswahl der InterviewpartnerInnen

Aus dem Titel der Arbeit bzw. der Forschungsfrage folgte logisch die Wahl der InterviewpartnerInnen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen. Es handelt sich dementsprechend um eine bewusste Auswahl (purpose sample) von Personen mit einer spezifischen Kombination von absoluten Merkmalsausprägungen.¹⁵ Diese Form der Auswahl entspricht dem Ziel der empirischen Forschung im Rahmen dieser Arbeit, zu einem spezifischen Themenkomplex nähere Informationen zu erhalten und nicht statistische Schlüsse zu ziehen.¹⁶

Folgende Kriterien bzw. Merkmalsausprägungen fanden bei der Auswahl der interviewten Personen Berücksichtigung:

- direkte¹⁷ Arbeit mit Flüchtlingen (unabhängig von deren rechtlichem Aufenthaltsstatus), im Rahmen spezialisierter Einrichtungen in Wien, Niederösterreich und der Steiermark
- Tätigkeit aus dem Spektrum Sozialer Arbeit

Zu Beginn der Arbeit war angedacht, ausschließlich Personen mit einer bereits abgeschlossenen Ausbildung als SozialarbeiterIn zu interviewen. Diese Idee wurde aus mehreren Gründen verworfen. Erstens arbeiten im Bereich der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen auch zahlreiche Personen mit anderweitiger Ausbildung (EthnologInnen, JuristInnen, PsychologInnen, SozialbetreuerInnen etc.), die jedoch vorwiegend sozialarbeiterische bzw. sozialpädagogische Arbeit leisten. Zweitens kann durch diese Erweiterung auch der Frage nachgegangen werden, ob die absolvierte Ausbildung einen Einfluss auf die vorhandenen Copingstrategien im Umgang mit Belastungen und Konfrontation mit traumatischen Ereignissen hat.

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte weiters mit dem Ziel eine möglichst große strukturelle Variation innerhalb der Gruppe der befragten Personen (theoretisches Sampling) zu erlangen um möglichst viele verschiedene Perspektiven und Positionen kennen lernen zu können.¹⁸

¹⁵ Vgl. Friedrichs, a.a.O., S. 130f

¹⁶ Vgl. Ebd., S. 234f

¹⁷ Damit ist ein Kontakt Mensch zu Mensch gemeint und nicht etwa z.B. eine Administrationstätigkeit oder die theoretische Planung von Projekten etc.

¹⁸ Vgl. Froschauer U., Lueger M., Das qualitative Interview, WUV Universitätsverlag, Facultas, Wien 2003, S. 29ff

Die strukturelle Variation kann anhand mehrerer Ebenen festgemacht werden:

- Die InterviewpartnerInnen arbeiten unterschiedlich lange im Bereich der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen, es finden sich BerufseinsteigerInnen mit einem bis zwei Jahren Berufserfahrung ebenso wie Personen mit bereits mehr als 10jähriger einschlägiger Berufserfahrung
- Die Personen weisen einen unterschiedlichen Ausbildungshintergrund und Zugang zum Handlungsfeld auf
- Sie arbeiten innerhalb der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen in verschiedenen Kontexten bzw. Settings (in Beratungsstellen, in der sozialpädagogischen Wohnbetreuung, in der mobilen Betreuung etc.), arbeiten mit Flüchtlingen mit verschiedenen rechtlichen Aufenthaltstiteln (AsylwerberInnen, Subsidiär Schutzberechtigte, anerkannte Konventionsflüchtlinge, Menschen ohne Aufenthaltsstatus etc.) und beraten bzw. betreuen diese unterschiedlich lange (wenige Monate bis hin zu mehreren Jahren) und intensiv (Kontakt findet unregelmäßig bis hin zu mehrmals wöchentlich statt)

Die Interviews wurden als ExpertInneninterviews durchgeführt, d.h. die InterviewpartnerInnen als ExpertInnen für ihren lebensweltlichen Kontext begriffen.

Die 9 interviewten Personen, die einer sozialarbeiterischen Tätigkeit nachgehen, verfügen über eine systeminterne Handlungsexpertise, ihr Wissen ist vorrangig Erfahrungswissen, das der unmittelbaren Teilnahme am untersuchten System entspringt. Die so gewonnenen Informationen wurden um eine feldinterne Reflexionsexpertise bzw. eine externe Expertise erweitert, indem zusätzlich eine mit traumatisierten Flüchtlingen arbeitende Psychotherapeutin und Dr.ⁱⁿ Barbara Preitler (nähere Vorstellung siehe unten) interviewt wurden.¹⁹

2.4. Zugang zu InterviewpartnerInnen und Durchführung der Interviews

Durch eigene Erfahrungen im Rahmen von Praktika bzw. Berufstätigkeit war bereits eine erste Übersicht über Einrichtungen in Wien bzw. österreichweit, in denen Soziale Arbeit mit Flüchtlingen statt findet, gegeben.

¹⁹ Vgl. Froschauer U., Lueger M., a.a.O., S.37ff

Darauf basierend wurden verschiedene Einrichtungen per E-mail bzw. parallel telefonisch kontaktiert.

Von insgesamt 30 angefragten Einrichtungen erklärten sich 11 Personen zur Durchführung eines Interviews bereit. Der mit Abstand am häufigsten genannte Grund für eine Absage waren mangelnde zeitliche Ressourcen.

Die InterviewpartnerInnen wurden informiert, dass die Möglichkeit besteht, bereits im Vorhinein den Interviewleitfaden zugesandt zu bekommen, dies nahmen jedoch nur drei der interviewten Personen in Anspruch, weshalb von einer weitestgehenden Spontaneität der Antworten ausgegangen werden kann.

Die Gespräche fanden bis auf zwei Ausnahmen in den jeweiligen Arbeitsstellen der InterviewpartnerInnen statt. Ein Gespräch fand in den Räumlichkeiten der Arbeitsstelle der Interviewerin statt bzw. in der aktuellen Arbeitsstelle des betreffenden Interviewpartners (in dem Interview war die vorangegangene Arbeitsstelle des Interviewpartners Thema).

Die Dauer der Interviews variiert zwischen 30 und 90 Minuten, wobei die durchschnittliche Dauer der Interviews 58 Minuten beträgt. Zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung und Analyse wurden die Interviews mithilfe eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet und anschließend wortwörtlich transkribiert.²⁰ Im Zuge der Transkription wurde das teilweise im Dialekt Gesprochene bzw. einzelne Dialekt-Ausdrücke weitestgehend in die deutsche Schriftsprache „übersetzt“. Einzelne Ausdrücke bzw. Phrasen blieben jedoch dort erhalten, wo dies zur der Wahrung der Authentizität des Gesprochenen geboten schien.

Die Transkription erfolgte in Anlehnung an das in dem Buch „Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode“ von Anglaja Przyborski vorgeschlagene Transkriptionssystem.²¹ Die Interviews sind nummeriert und mit fortlaufender Zeilennummerierung versehen. Im Anhang findet sich eines der Transkripte als Beispiel.

²⁰ Vgl. Dittmar N., Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden³ 2009, S.52ff

²¹ Vgl. Przyborski A., Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004, S.331ff

2.5. Forschungsethische Aspekte

Die InterviewpartnerInnen - mit Ausnahme von Dr.ⁱⁿ Preitler, die auf eine Anonymisierung verzichtete - wurden bereits im Vorfeld darüber informiert, dass die erhobenen Daten in der Arbeit in anonymisierter Form wiedergegeben werden und die Auswertung mit einer Themenanalyse erfolgen wird. Somit ist zudem nicht nachvollziehbar, welche Aussage von welchem/welcher InterviewpartnerIn stammt.

Die InterviewpartnerInnen werden lediglich kurz in anonymisierter Form im Zuge der Methodenbeschreibung vorgestellt, diese Vorstellungstexte wurden mit den InterviewpartnerInnen abgesprochen und sind dementsprechend unterschiedlich ausführlich. In den transkribierten Interviews wurden die InterviewpartnerInnen jeweils mit der Abkürzung „IP“ (für InterviewpartnerIn) sowie einer Nummer versehen. Diese entsprechen jedoch nicht der Reihenfolge, in der die Interviewten im Folgenden vorgestellt werden, sondern dienen lediglich der Differenzierung.

2.6. Die InterviewpartnerInnen

2.6.1. Beratungskontext

Beraterin beim Verein Ute Bock²², der niederschwellige Sozial- und Rechtsberatung, Wohnmöglichkeiten, Bildungsangebote sowie ein Post- und Meldeservice anbietet. Zielgruppe sind sowohl AsylwerberInnen als auch Menschen ohne Aufenthaltstitel. Die Beraterin absolvierte den Diplomstudiengang Soziale Arbeit und arbeitet seit 2 Jahren mit Flüchtlingen, davor war sie im Rahmen eines Praktikums in diesem Bereich tätig.

Beraterin bei der gemeinnützigen Interface Wien GmbH.²³, Abteilung Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, zeitlich befristete Integrationsberatung für rund 2 Jahre. Sie hat Psychologie studiert und arbeitete 14 Jahre als Schulpsychologin mit Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und deren Eltern, seit 2008 arbeitet sie als Beraterin bei Interface Wien GmbH.

²² Vgl. Homepage des Vereins Ute Bock, Verein Ute Bock Hrsg., Tätigkeitsbericht 2009, URL: <http://www.fraubock.at/downloads.html#berichte>, Zugriff am 14.7.2010

²³ Vgl. Homepage der Interface Wien GmbH., URL: <http://www.interface-wien.at/> sowie <http://www.interface-wien.at/view/content/4-asylberechtigte>, Zugriff am 14.7.2010

Berater im Rahmen der Caritas der Erzdiözese Wien, Abteilung Flüchtlingsbetreuung und Integrationsarbeit Niederösterreich²⁴, Integrationsberatung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte. Er studierte Rechtswissenschaften und arbeitet seit 4 Jahren in dieser Stelle.

Integrationsbetreuerin in dem Integrationswohnheim Nussdorferstraße des Österreichischen Integrationsfonds²⁵, Betreuung von Asylberechtigten und subsidiär Schutzberechtigten über einen Zeitraum von rund einem Jahr mit der Möglichkeit mobiler Betreuung im Anschluss. Sie hat das Studium der Sozialen Arbeit abgeschlossen und arbeitet seit 2 Jahren beim Österreichischen Integrationsfonds.

Beraterin im Rahmen des Vereins ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum Graz, Abteilung Rehabilitationszentrum²⁶, begleitende Sozialarbeit und Rechtsberatung für KlientInnen in psychotherapeutischer Behandlung. Arbeit mit AsylwerberInnen, subsidiär Schutzberechtigten sowie anerkannten Flüchtlingen. Sie hat die Ausbildung zur Sozialarbeiterin abgeschlossen und arbeitet seit 8 Jahren beim Verein Zebra.

2.6.2. Sozialpädagogische Wohnbetreuung und Beratung

Betreuerin in einem Grundversorgungsquartier des Diakonie Flüchtlingsdienstes²⁷, Unterbringung und Betreuung von Menschen mit verschiedenen Aufenthaltstiteln, die im Rahmen der Grundversorgung dort untergebracht sind. Sie hat die Ausbildung zur Sozialarbeiterin abgeschlossen und arbeitet seit 5 Jahren in dieser Unterbringungseinrichtung.

²⁴ Vgl. Homepage der Caritas der ED Wien, URL: <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/asylmigrationintegration/integrationsarbeit/integrationsarbeit-noe/>, Zugriff am 14.7.2010

²⁵ Vgl. Homepage des Österreichischen Integrationsfonds, URL: http://www.integrationsfonds.at/betreuung/integrationswohnhaeuser/integrationswohnhaus_nussdorfer_strasse/, Zugriff am 14.7.2010

²⁶ Vgl. Homepage des Vereins ZEBRA, URL: <http://www.zebra.or.at/angebote.php?show=rehab&sub=1>, Zugriff am 14.7.2010

²⁷ Vgl. Homepage des Diakonie Flüchtlingsdienstes, URL: <http://fluechtlingsdienst.diakonie.at/goto/de/was/unterbringung/ziele>, Zugriff am 14.7.2010

Betreuerin sowie stellvertretende Leiterin in einem Grundversorgungsquartier des Diakonie Flüchtlingsdienstes²⁸, Unterbringung und Betreuung von Menschen mit verschiedenen Aufenthaltstiteln, die im Rahmen der Grundversorgung dort untergebracht sind. Sie studierte Ethnologie und arbeitet seit 5 ½ Jahren mit Flüchtlingen; ehrenamtlich im Rahmen der Deserteurs- und Flüchtlingsberatung, sowie seit 2 ½ Jahren zusätzlich in dieser Position.

Betreuer in einem Grundversorgungsquartier im Rahmen des Diakonie Flüchtlingsdienstes, Haus Neu Albern, Projekt Estia - Unterbringung und Betreuung für Asylwerber mit psychiatrischen Störungen.²⁹ Er hat vor einem Jahr den Diplomstudiengang Soziale Arbeit abgeschlossen und arbeitet seitdem in dieser Position.

Ehemaliger Betreuer im Clearinghaus des Vereins Menschen Leben Traiskirchen³⁰, soziopädagogische Begleitung und psychologische Interventionen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) . Er hat nach dem Abschluss des Studiums der Psychologie vor 7 Jahren begonnen mit Flüchtlingen zu arbeiten und ist mittlerweile in einer anderen Position tätig.

2.6.3. Psychotherapie

Psychotherapeutin bei Caritas SINTEM (Interkulturelle psychotherapeutische und psychologische Angebote für AsylwerberInnen, subsidiär Schutzberechtigte sowie anerkannte Flüchtlinge).³¹ Nachdem sie Französisch und Russisch studiert hatte, arbeitete sie zuerst drei Jahre lang als Dolmetscherin im Flüchtlingsbereich, absolvierte parallel die Ausbildung zur Psychotherapeutin und arbeitet nun seit 2 Jahren als Therapeutin mit traumatisierten Flüchtlingen.

²⁸ Vgl. Homepage des Diakonie Flüchtlingsdienstes, URL: <http://fluechtlingsdienst.diakonie.at/goto/de/was/unterbringung/ziele> , Zugriff am 14.7.2010

²⁹ Vgl. Homepage der Diakonie Flüchtlingsdienstes, URL: <http://fluechtlingsdienst.diakonie.at/goto/de/was/unterbringung/fluechtlingshaus-neu-albern/besondere-aktivitaeten> , Zugriff am 14.7.2010

³⁰ Vgl. Homepage des Vereins Menschen.Leben, URL: http://www.menschen-leben.at/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=41 , Zugriff am 14.7.2010

³¹ Vgl. Homepage der Caritas der Erzdiözese Wien, URL: <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/asylmigrationintegration/beratung-fuer-asylwerberinnen/psychosoziale-angebote/>, Zugriff am 14.7.2010

Dr.ⁱⁿ Barbara Preitler, Gründungsmitglied von HEMAYAT – Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende, Psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten AsylwerberInnen, subsidiär Schutzberechtigten und Asylberechtigten³². Nach dem Studium der Psychologie bzw. der Ausbildung zur Therapeutin arbeitet sie nun seit 16 Jahren mit Flüchtlingen. Parallel zur Arbeit bei dem Verein HEMAYAT ist sie auch als Trainerin bei Schulungen und Workshops für NGOs in dem Bereich tätig sowie Lehrende an der Universität Klagenfurt, Abteilung für Sozialpsychologie, Ethnopschoanalyse und Traumatologie.³³

2.7. Auswertung & Analyse der gewonnenen Daten

Die im Rahmen der Interviews gewonnenen Daten wurden qualitativ inhaltsanalytisch - d.h. anhand der Themenanalyse nach Mayring - ausgewertet. Die Auswertung erfolgte demnach im Hinblick auf die Paradigmen der Reduktion bzw. Zusammenfassung und der Abstraktion zum Zweck der Theoriegenerierung (Textreduktions- in Kombination mit Codierverfahren)³⁴.

Die Analyse erfolgte mithilfe eines Kategorienschemas, das teilweise mit den bereits im Interviewleitfaden formulierten Themenkomplexen korrespondiert, jedoch nach Durchführung der Interviews modifiziert, erweitert und verfeinert wurde. Die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Passagen wurden herausgefiltert³⁵, den Kategoriekomplexen zugeordnet, ähnliche Passagen bzw. Paraphrasen anschließend gebündelt und so verdichtet. So konnte über die *im Gesprächsmaterial auftauchende Vielfalt an Themen, deren Darstellungsweise und Zusammenhang*³⁶ ein Überblick gewonnen werden. Weiters fanden Berücksichtigung: Die Unterschiede in der Darstellung derselben bzw. ähnlicher Themen in verschiedenen Gesprächen, in welchem Kontext sie erwähnt wurden, ob sie von den interviewten Personen selbst angesprochen wurden oder ob explizit danach gefragt wurde, Unterschiede zwischen

³² Vgl. Homepage des Vereins Hemayat, URL: <http://www.hemayat.org/therapie.html>, Zugriff am 14.7.2010

³³ Vgl. Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Abteilung für Sozialpsychologie, Ethnopschoanalyse und Traumatologie, URL: <https://campus.uni-klu.ac.at/org/oe.jsp;jsessionid=A31F16F872A4840208ED556DBC40DB19.appcampus1?orgkey=525>, Zugriff am 14.7.2010

³⁴ Vgl. Froschauer U., Lueger M., a.a.O., S.159ff

³⁵ Vgl. Flick U., a.a.O.

³⁶ Vgl. Froschauer U., Lueger M., a.a.O., S.159

den Themen, die in den Interviews angesprochen wurden (komparative Analyse) etc.. Ziel dieser Fragestellungen ist es, mögliche Hinweise darauf zu erhalten, welche Bedeutung die InterviewpartnerInnen den Themen beimessen bzw. welche möglichen Argumentationszusammenhänge bestehen.³⁷

Durch die Systematisierung der Forschungsergebnisse wurde versucht eine *Meta-Expertise zu erarbeiten, die es durch eine neue sozialwissenschaftliche Rahmgebung mit ihrem spezifischen Überblicks- und Analysecharakter erlaubt, das durch die Interviews erhobene Expertenwissen und die verschiedenen Betrachtungsweisen, Kategorien, Standpunkte und Interessenlagen in ihm zu hinterfragen.*³⁸

Der Fokus wurde primär auf manifeste Inhalte gelegt, wobei latente Inhalte - Interdependenz³⁹ verschiedener Teile innerhalb eines Interviews, vielfältige Bedeutungen und Absichten der interviewten Personen, Kontext und Rahmenbedingungen der Interviews, Art und Weise des Sprechens - ebenso Berücksichtigung fanden.

Der Gefahr, dass Teile der Inhalte einer Aussage durch eine Entkontextualisierung (wie durch das Aufsplitten einzelner Interviews im Rahmen der Kategorisierung) verloren gehen könnten, wurde insofern entgegen gewirkt, als dass latente Inhalte bei der Paraphrasierung Berücksichtigung fanden.⁴⁰

Die durch die Interviews gewonnenen Informationen finden sich vorwiegend im Empirieteil der Arbeit wieder. Einzelne Passagen und beispielhafte Erzählungen wurden jedoch auch in das Kapitel „Grundlagen der Psychotraumatologie“ sowie „Sekundäre Traumatisierung“ eingeflochten, um die dargestellte Theorie lebendiger und anschaulicher zu gestalten.

³⁷ Vgl. Froschauer U., Lueger M., a.a.O., S.159ff

³⁸ Schütze F., Einführung: Subjektivität im Kontext der Forschung zum Expertentum, in : Behse-Bartels G., Brand H. (Hrsg.), Subjektivität in der qualitativen Forschung. Der Forschungsprozess als Reflexionsgegenstand, Barbara Budrich Verlag, Opladen & Farmington Hills 2009, S.91

³⁹ Wechselseitige Abhängigkeit.

⁴⁰ Vgl. Friedrichs J., a.a.O., S.318f

3. Soziale Arbeit mit Flüchtlingen

Wie bereits eingangs festgehalten, beinhaltet Soziale Arbeit das gesamte Spektrum von sozialarbeiterischen sowie sozialpädagogischen Tätigkeitsbereichen⁴¹, die sich auch bei den verschiedenen Arbeitsbereichen der InterviewpartnerInnen wiederfinden.

Bei den KlientInnen handelt es sich um AsylwerberInnen, subsidiär Schutzberechtigte, anerkannte Konventionsflüchtlinge sowie Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel⁴².

Eine kurze Darstellung der rechtlichen sowie institutionellen Rahmenbedingungen inklusive statistischer Daten zur Zielgruppe findet sich im Anhang.

Im Folgenden werden nun jene Charakteristika der Sozialen Arbeit mit geflüchteten bzw. oftmals auch traumatisierten Menschen skizziert, die dieses Handlungsfeld prägen.

3.1. Spezifische Herausforderungen des Handlungsfeldes

3.1.1. Soziale Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen

Für den Begriff der Kultur selbst liegen verschiedene Definitionen und Konzepte vor, die sich im Laufe der Geschichte stark gewandelt haben. Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit scheint jene Definition in Anlehnung an van der Veer geeignet, die *Kultur als ein Set gesellschaftlicher Werte und Normen, die das Verhalten der einzelnen Menschen in einem gewissen Ausmaß steuern und das jeweilige Menschenbild sowie das Weltbild prägen*⁴³, beschreibt.

In Bezug auf Soziale Arbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Kultur(kreis)en sind ebenso verschiedene Konzepte zu finden - interkulturelle Kompetenz, transkulturelle Kompetenz als auch Kultursensibilität - die verschiedenen Denktraditionen entspringen und verschiedene Schwerpunktsetzungen aufweisen.

⁴¹ Siehe hierzu auch die Definition Sozialer Arbeit nach Lüssi auf Seite 9

⁴² Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht detailliert auf Soziale Arbeit mit illegalisierten Menschen eingegangen werden, es sei jedoch auf die Diplomarbeit von Ingrid Steinkellner verwiesen, die sich detailliert mit dieser Thematik auseinandergesetzt hat (Steinkellner I., Interventionsmöglichkeiten und –Grenzen in der Arbeit mit abgelehnten AsylwerberInnen und Menschen in der Illegalität in Wien, Diplomarbeit FH Campus Wien, Wien 2007)

⁴³ Steinkopff B., Berücksichtigung kultureller Aspekte bei der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge, in Refugio München (Hrsg.), Verfolgung, Flucht – und dann? Hilfe für gefolterte und traumatisierte Flüchtlinge, IKO – Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt am Main 1999, S. 9

Während das Konzept der interkulturellen Kompetenz die Kultur in den Mittelpunkt stellt und somit eher Unterschiede betont und die Gefahr der Stereotypisierung birgt, betont die Transkulturalität die Veränderbarkeit von Kultur bzw. kultureller Identität und misst der Selbstreflexion einen hohen Stellenwert bei.

Kultursensibilität beschreibt wiederum eine Haltung, die auf dem Verständnis anderer Kulturen bzw. Religionen basiert, aber den individuellen Menschen in den Mittelpunkt rückt.⁴⁴

An dieser Stelle soll jedoch auf eine eingehende Darstellung theoretischer Grundlagen verzichtet werden⁴⁵ und im Rahmen einer kultursensiblen Sichtweise insbesondere auf jene kulturellen Aspekte eingegangen werden, die in der Sozialen Arbeit mit (traumatisierten) Flüchtlingen von Relevanz sind bzw. eine Rolle spielen können:

- Nach Perren-Klingler können Reaktionen auf Gewalterfahrungen, wie sie als Symptome im Rahmen der PTBS⁴⁶ beschrieben sind, in unterschiedlicher Intensität unabhängig vom jeweiligen kulturellen Kontext bei Betroffenen auftreten. Eher unspezifische Reaktionen bzw. Emotionen wie Sinnverlust, Wut/Ärger, Schuld- bzw. Schamgefühle können sich jedoch abhängig vom kulturellen Kontext sehr unterschiedlich äußern und auch mit gesellschaftlichen Tabus belegt sein. Tabuisierte Themen bzw. Reaktionen können sich zudem in Form von somatischen Symptomen oder dissoziativen Störungen äußern, was eine Identifizierung erschweren kann.
- Die unterschiedliche Wahrnehmung von sozialer Interaktion bzw. kommunikativen Aspekten aufgrund verschiedener kultureller Prägung kann zu Missverständnissen führen. Ein Beispiel hierfür ist die unterschiedliche Wahrnehmung bzw. Bewertung des Blickkontakts: Direkten Blickkontakt zu vermeiden, gilt in vielen Kulturen als Bekundung des Respekts dieser Person gegenüber, in westeuropäischen Ländern hingegen wird dies eher als Unsicherheit oder möglicher Hinweis auf Unwahrheit gedeutet.

⁴⁴ Vgl. Schnedl K., Kultursensible Arbeitsmodelle der Sozialen Arbeit. Eine Analyse der mobilen Altenpflege bei türkischen MigrantInnen in Wien, Diplomarbeit FH Campus Wien, Wien 2008, S. 51ff

⁴⁵ Ein guter Überblick über diese Konzepte ist jedoch z.B. bei Schnedl zu finden.

⁴⁶ Posttraumatische Belastungsstörung, eine Beschreibung der Symptome findet sich auf Seite 51f

- DolmetscherInnen können in der interkulturellen Begegnung zwischen Menschen aus verschiedenen Kulturen (KlientIn bzw. SozialarbeiterIn) eine Mittlerfunktion einnehmen und nicht nur sprachliche Verständigung ermöglichen, sondern auch über kulturelle Aspekte informieren. Dennoch stellen sie eine zusätzliche Person im Beratungs-/Betreuungssetting dar, was Auswirkungen auf die Beziehung zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn haben kann. Wenn Bekannte, Verwandte bzw. Familienangehörige dolmetschen, kann dies insbesondere problematisch sein, weil sie durch den Inhalt des Gespräches (insbesondere wenn es sich um traumatische Erfahrungen handelt) überfordert sein können, Dinge von den KlientInnen eventuell aus Scham nicht angesprochen werden, der/die DolmetscherIn selbst nur unzureichend die deutsche Sprache beherrscht bzw. nicht professionell-neutral als DolmetscherIn fungiert sondern sich in das Gespräch „einmischt“, etc.
- Beratung bzw. Betreuung in der Muttersprache der KlientInnen bietet sowohl Chancen, birgt aber auch Risiken. Beratung ohne DolmetscherInnen durchführen zu können ermöglicht direkte Verständigung, was sich äußerst positiv auf das Vertrauensverhältnis auswirken kann. Die Einschätzung der Bedürfnisse des Klienten/der Klientin kann durch die Kenntnis des kulturellen Hintergrundes, der Situation im Herkunftsland etc. erleichtert sein. KlientInnen nehmen muttersprachliche BeraterInnen jedoch nicht immer in der Rolle professioneller BeraterInnen wahr sondern entsprechend kultureller Vorstellungen eventuell auch als FreundIn, etc., und können mitunter falsche Erwartungen hegen, was die Abgrenzungsfähigkeit der ProfessionalistInnen besonders herausfordert. Mussten die KlientInnen im Herkunftsland Misshandlungen durch Landsleute selbst erfahren, kann es auch zu einem verstärkten Misstrauen Menschen aus demselben Herkunftsland gegenüber kommen. Deshalb ist in derartigen Fällen für das Herstellen eines Vertrauensverhältnisses unabdingbar, den KlientInnen die eigene professionelle politische wie religiöse Neutralität glaubhaft zu vermitteln. Eigene Exil- bzw. Fluchterfahrungen, die mitunter jenen der KlientInnen ähneln, fordern von muttersprachlichen BeraterInnen insbesondere die Wahrung emotionaler Distanz. Gleichzeitig können muttersprachliche BeraterInnen jedoch

auch eine Art Orientierungsfunktion einnehmen, indem sie beweisen, dass die Bewältigung von Problemen im Exilland sowie die Integration in die ansässige Gesellschaft möglich ist.

Im Team der ProfessionalistInnen können sie zu einem besseren Verständnis der gesellschaftlichen und kulturellen Hintergründe der jeweiligen Flüchtlingsgruppe beitragen.⁴⁷

- In Bezug auf erlebte Traumata und aktuelle Symptome aus dem Traumaspektrum gilt es zu klären, welche Vorstellung von Krankheit die Betroffenen generell haben, was sie als Ursache aktueller Symptome ansehen und welche Vorstellung sie in Bezug auf eine erfolgreiche Behandlung haben. Dies gilt es auch im Hinblick auf eine potentielle Zuweisung zu einer Therapeutin/einem Therapeuten zu berücksichtigen.
- Auch die unterschiedlichen Vorstellungen von Maskulinität und Femininität können eine Rolle spielen und die Beziehung zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn beeinflussen.⁴⁸
- Die Vorstellung bzw. Wahrnehmung des Aufnahmelandes kann von idealisierten Annahmen und Phantasien seitens der geflüchteten Person geprägt sein, ebenso wie die Wahrnehmung des Professionalisten/der Professionalistin durch stereotype Vorstellung fremder Kulturen beeinflusst sein kann.⁴⁹

Trotz bestehender kultureller Unterschiede sind auch grundlegende Gemeinsamkeiten im Umgang mit Traumata von Bedeutung. Allen Kulturen gemeinsam ist der *Wunsch nach Würdigung des erlittenen Schmerzes und Gerechtigkeit im Sinne einer Wiedergutmachung*⁵⁰, wie Perren-Klingler ausführt. Hier spielt die gesellschaftliche (eine Menschenrechtsverletzung auch als solche zu benennen, der Opfer zu gedenken, etc.) sowie die individuelle Ebene (Bewältigungsformen auf emotionaler, kognitiver und behavioraler Ebene) eine Rolle.

⁴⁷ Vgl. Rasul Akhtar M., Muttersprachliche Beratung von Flüchtlingen, in : Refugio München (Hrsg.), Verfolgung, Flucht – und dann? Hilfe für gefolterte und traumatisierte Flüchtlinge, IKO – Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt am Main 1999, S.53ff

⁴⁸ Vgl. Steinkopff B., a.a.O., S.12ff

⁴⁹ Vgl. Zepf B., Bewältigungsstrategien in der Flüchtlingssozialarbeit, in: Migration und Soziale Arbeit, „Unterwegs und doch zu Hause?“, Heft 3/4, 1999, S.106

⁵⁰ Perren-Klingler G., Integration traumatischer Erfahrungen im kulturellen Kontext, in: Heise Th., Schuler I. (Hrsg.), Transkulturelles Psychoforum 4, Verlag Wissenschaft und Bildung, Berlin 1998, zit. in: Steinkopff B., a.a.O., S. 15

Ebenso finden sich strukturelle Gemeinsamkeiten bei Interventionen bzw. Heilungsprozessen nach erlebten Traumata, die elementare menschliche Bedürfnisse bei der Bewältigung von Verlust- sowie Gewalterfahrungen widerspiegeln. Perren-Klingler beschreibt diese in folgenden Schritten⁵¹:

- *Vermittlung von Sicherheit*
- *Verständnisvolle Unterstützung*
- *Gefasstheit und Ruhe der Person, die dem Bericht des Betroffenen/der Betroffenen zuhört*
- *Beruhigung der körperlichen Übererregung und Anspannung durch Erklärungen und Handlungen, die im Alltag weiterpraktiziert werden sollen*
- *Austausch des Erlebten mit Anderen*
- *Gemeinsam das Chaotische ordnen*
- *Konfrontation*
- *Katharsis*
- *Zurückgewinnung der eigenen Stärke*

Graduelle Unterschiede müssen hier natürlich berücksichtigt werden, ebenso wie die Tatsache, dass Konfrontation und Katharsis nicht in allen Fällen möglich und durchführbar sind.⁵²

Was bedeutet dies nun für die konkrete Arbeit mit (traumatisierten) Flüchtlingen?

Wesentlich, insbesondere zu Beginn einer professionellen Beziehung, ist die *Klärung der Beziehung, der Rollen und der gegenseitigen Erwartungen*⁵³.

Für ProfessionalistInnen ist die Auseinandersetzung mit eigenen Vorstellungen bzw. Bildern fremder Kulturen im Sinne der Selbstreflexion notwendig, ebenso wie eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Normen- und Wertesystem, um nicht Gefahr zu laufen, andere Kulturen unreflektiert an den eigenen Werten zu messen.

Ebenso sinnvoll sind Sensibilisierungsübungen hinsichtlich der Wahrnehmung verbaler sowie non-verbaler Signale und deren Interpretationsmöglichkeiten sowie die Bewusstmachung unterschiedlicher Bezugssysteme, Normen und Werte.

⁵¹ Perren-Klingler G., Integration traumatischer Erfahrungen im kulturellen Kontext, in: Heise Th., Schuler I. (Hrsg.), Transkulturelles Psychoforum 4, Verlag Wissenschaft und Bildung, Berlin 1998, zit. in: Steinkopff B., a.a.O., S.18

⁵² Vergleiche hierzu Seite die Beschreibung von Dr.ⁱⁿ Preitler auf Seite 47f

⁵³ Steinkopff B., a.a.O.,S.13

Der Anspruch auf umfassende Kenntnis entsprechender kulturspezifischer Aspekte ist utopisch, zumal das reine diesbezügliche Wissen nicht ausreichen würde.

Dies bedeutet wiederum, dass die Arbeit mit dieser Zielgruppe trotz bestehenden Wissens eine generelle Offenheit und Sensibilität fordert, wobei grundlegende menschliche Bedürfnisse bei der Überwindung traumatischer Erfahrungen als Orientierungsrahmen dienen und individuelle bzw. kulturelle Gewichtungen auch im Dialog mit den KlientInnen erfragt bzw. erarbeitet werden können.⁵⁴

3.1.2. Arbeit in einem mehrdimensionalen Spannungsfeld

3.1.2.1. Zwischen Empathie und professioneller Distanz

Die Worte „Flüchtling“ bzw. „AsylwerberIn“ sind gesellschaftlich stark emotional besetzt und lösen verschiedenste Gefühle im Spektrum zwischen Ablehnung und Mitgefühl sowie mitunter auch Abwehrmechanismen aus. Personen des öffentlichen Lebens wie Politiker, Journalisten, etc. tragen zu einer weiteren Polemisierung bzw. Polarisierung hinsichtlich der Thematik bei. In der konkreten und direkten Arbeit mit den Betroffenen stellt sich immer wieder die Frage, ob bzw. inwiefern eine Solidarisierung notwendig ist, um ein ausreichendes Vertrauensverhältnis zu den KlientInnen aufbauen zu können bzw. *compliance* der KlientInnen zu erzielen.⁵⁵

Empathie, d.h. die Fähigkeit, sich in die Gefühls- und Gedankenwelt anderer Menschen hinein zu versetzen, ist eine der Kernvoraussetzungen für die sozialarbeiterische Beziehungsarbeit, die einen Teil des professionellen Interventionsinstrumentariums Sozialer Arbeit darstellt. Wie in einer psychotherapeutischen Beziehung sind auch in der Sozialen Arbeit die SozialarbeiterInnen selbst das Instrument der eigenen Arbeit.⁵⁶

Dennoch ist die Wahrung einer gewissen parteilichen Abstinenz trotz aller Empathie und Nähe zu den KlientInnen von maßgeblicher Bedeutung. Es gilt daher in der täglichen Arbeit die Balance zu finden zwischen Nähe zu den KlientInnen einerseits und gefährlicher Überidentifikation mit diesen bzw. auch mit den zuständigen Behörden

⁵⁴ Vgl. Steinkopff B., a.a.O., S.19ff

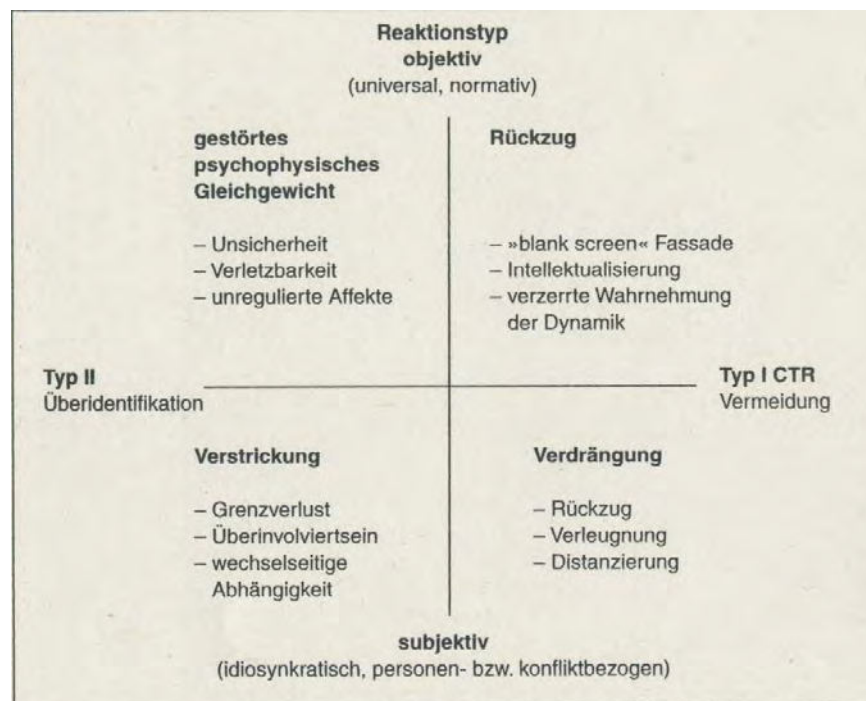
⁵⁵ Vgl. Kluwe-Schleeberger G., Die Würde des Menschen ist antastbar, in: Psychotraumatologie, Heft Nr. 3 (2002), Georg Thieme Verlag Stuttgart, S.46f

⁵⁶ Vgl. Mayrhofer M., Raab-Steiner E., Wissens- und Kompetenzprofile von SozialarbeiterInnen. Berufspraktische Anforderungen, strukturelle Spannungsfelder und künftige Herausforderungen, Band 3 Schriftenreihe des Departments für Soziale Arbeit, FH Campus Wien 2007, S.12, 119

andererseits. Das Verfallen in ein unzulässig vereinfachtes Gut-Böse-Denken würde beiden Seiten bzw. der komplexen Situation nicht gerecht und würde zudem professionelles Arbeiten erheblich erschweren.

Die Traumaforscher Wilson und Lindy beschreiben dieses Spannungsfeld der Reaktionsstile von HelferInnen als „Empathiestress“. Sie gehen hierbei von einem Vierfelder-Schema aus:

- Auf der horizontalen Ebene: Die Reaktionen der HelferInnen bewegen sich zwischen den Polen „Überidentifikation mit dem oder der traumatisierten Person“ (hier durch das Kürzel CTR Typ II, d.h. überidentifikatorische Countertransference dargestellt) und der „Vermeidung von Kontakt zu dieser Person“ (CTR Typ I, d.h. vermeidende Countertransference)⁵⁷.
- Auf der vertikalen Ebene: Die beschriebenen Reaktionstypen können sich nun eher objektiv – *unauffällig und angepasst in Bezug auf die universalistischen Normen der Institution und Profession*⁵⁸- und/oder subjektiv- individuelle „Merkwürdigkeiten“ und Veränderungen im merkbare Veränderungen im Umgang mit KlientInnen.



(Reaktionstypen von PsychotherapeutInnen bei Empathiestress nach Wilson und Lindy, 1994, Abb.1)

⁵⁷ Auf vermeidende bzw. überidentifikatorische Gegenübertragung wird auf Seite 65f näher eingegangen

⁵⁸ Ottomeyer K., Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen – Fallstricke und Handlungsmöglichkeiten, S.130-170, in: Ottomeyer K., Peltzer K. (Hrsg.), Überleben am Abgrund. Psychotrauma und Menschenrechte, Drava, Klagenfurt 2002, S.140

Zu den einzelnen Reaktionstypen:

- Mit der Störung des psychophysischen Gleichgewichts sind scheinbar zusammenhanglose körperliche Beschwerden oder auch *eine unerklärliche Empfindlichkeit oder Launenhaftigkeit*⁵⁹ gemeint. Nach Außen hin bleiben diese Veränderungen jedoch weitestgehend unbemerkt, da Betroffene bemüht sind, weiterhin ihre Arbeit gewissenhaft und unauffällig zu erledigen.
- Rückzug beschreibt die Tendenz von Betroffenen in Richtung Über=professionalisierung und Intellektualisierung, also z.B. eigene Emotionen insbesondere KlientInnen gegenüber nicht zu zeigen (*blank screen*) oder das Leiden der Betroffenen ausschließlich aus kalter wissenschaftlicher Distanz wahrzunehmen. Hinzu kommt teilweise die als befremdlich empfundene Kultur des Klienten/der Klientin, die zu einer weiteren Distanzierung führt.
- Weniger souverän (nach außen hin) wirken die Reaktionstypen „Verstrickung“ bzw. „Vermeidung“. Teils unbewusste innere Abwehrmechanismen kommen zum Tragen (z.B. werden Hinweise auf traumatisierende Ereignisse ignoriert, ausfallende Termine werden als erfreulich wahrgenommen, etc.). Die Hilflosigkeit der KlientInnen überträgt sich auf HelferInnen, die auch beginnen, sich hilflos zu fühlen. Es kommt zu unbewussten Schuldgefühlen, da man selbst nicht betroffen ist bzw. in Europa leben darf (Überlebensschuld), eigene erlebte Traumata können wieder aktuell werden (z.B. bei HelferInnen aus demselben Kulturkreis wie dem der KlientInnen), anfängliches Überengagement bzw. Überinvolviertheit kann auch „kippen“ und sich zu Aversionen den KlientInnen gegenüber entwickeln, die Grenzen zwischen Beruflichem und Privatem können verwischen etc. BerufsanfängerInnen und PraktikantInnen scheinen besonders anfällig für diese Reaktionsform der Verstrickung bzw. Überidentifizierung.⁶⁰

Alle diese Reaktionsformen stellen keine per se pathologischen Reaktionsformen dar. Im Sinne professioneller Reflexion geht es viel mehr darum, sich eigene Reaktionsmuster bewusst zu machen, wahrzunehmen und adäquat zu reagieren, d.h. gegen zu steuern.⁶¹

⁵⁹ Ottomeyer K., a.a.O., S.141

⁶⁰ Vgl. Ottomeyer K., a.a.O.S.140ff

⁶¹ Vgl. Ebd.

Das bedeutet, dass Empathie einerseits unablässig für die (Beziehungs-)Arbeit zu KlientInnen ist, andererseits aber auch einer professionellen Reflexion bedarf, da sie auch zu verschiedenen (unerwünschten) Reaktionsmustern führen kann, die die professionelle Arbeit behindern können.

3.1.2.2. Das strukturelle Spannungsfeld

Das strukturelle Spannungsfeld in dem sich Soziale Arbeit mit Flüchtlingen bewegt ergibt sich einerseits aus verschiedenen bzw. teilweise nicht zu vereinbarenden Aufträgen und Ansprüchen sowie aus einem zusehends strikteren gesetzlichen Rahmen, der die Handlungsmöglichkeiten Sozialarbeitender maßgeblich einschränkt⁶².

Von Relevanz sind nach Wurzbacher⁶³ sowie Zepf⁶⁴ folgende Strukturelemente bzw. *counterparts* sowie deren unterschiedliche Erwartungshaltungen:

- Die Öffentlichkeit bzw. Aufnahmegesellschaft: Die bereits thematisierte negative Einstellung in Hinblick auf AsylwerberInnen wirkt sich auch auf die Wahrnehmung von mit dieser Klientel arbeitenden SozialarbeiterInnen aus. Einerseits wird aus humanitärer Sicht zugestanden, sich mit dem Problemen der Geflüchteten bis zu einem gewissen (eher geringen Grad) zu beschäftigen, andererseits sollen diese jedoch möglichst nicht die Aufnahmekapazitäten des Landes weiter strapazieren, eine Teilhabe bzw. langfristige Integration wird nicht angestrebt. Sozialarbeitende sollen dafür Sorge tragen, dass ihre Klientel „keine Probleme macht“. Staatliche Restriktionen, die das Leben von AsylwerberInnen betreffen, werden im Hinblick auf das Argument der sogenannten Missbrauchsbekämpfung hin kaum hinterfragt und als notwendig hingenommen. Die Durchsetzung von Interessen (eigener bzw. jener des Klientels) gestaltet sich dementsprechend schwierig (gesellschaftspolitischer Legitimationszwang der eigenen Arbeit).
- Die Politik: Welche Ressourcen für Asylsuchende bzw. für professionelle Beratung und Betreuung dieser Zielgruppe zur Verfügung stehen, wird durch

⁶² Rechtliche sowie institutionelle Rahmenbedingungen werden im Anhang näher ausgeführt, siehe hierzu Seite 162ff

⁶³ Vgl. Wurzbacher S., Gut beraten. Abgeschoben ... : Flüchtlingssozialarbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit, von Loeper Verlag, Karlsruhe 1997, S.84ff sowie 103ff, als Download auf der Homepage von Pro Asyl Deutschland, URL: <http://www.proasyl.de/lit/wurzbl.htm>, Zugriff am 20.9.2010

⁶⁴ Vgl. Zepf B., Bewältigungsstrategien in der Flüchtlingssozialarbeit, in: Migration und Soziale Arbeit, „Unterwegs und doch zu Hause?“, Heft 3 /4, 1999, S. 104-110

bundes- bzw. landesweite Politik bestimmt. In den letzten Jahren kam es im österreichischen Kontext vorwiegend zu Einsparungen bzw. Budgetkürzungen. Die Politik zeichnet sich zudem verantwortlich für eine zunehmend restriktive Gesetzgebung, die die Ausgrenzung und Entrechtung von AsylwerberInnen verstärken.

- Behörden: Diese erwarten sich von Sozialarbeitenden bzw. sozialen Trägereinrichtungen, Flüchtlinge über ihre rechtliche Situation und insbesondere auf die geringen Chancen der Asylgewährung aufzuklären bzw. Beratung zu Rückkehrmöglichkeiten durchzuführen (quasi als „Mittler behördlicher Maßnahmen“, Vereinnahmungsverhalten). „Fehlverhalten“ der Klientel soll vermieden werden. Insbesondere in organisierten Unterkünften werden Sozialarbeitenden so auch Kontroll- und Ordnungsfunktionen zugeschrieben.
- Einrichtungen und Organisationen: Trotz bestehender rechtlicher Rahmenbedingungen kann die Gewährung von Dienstleistungen aufgrund des unterschiedlichen Selbstverständnisses, insbesondere zwischen öffentlichen und nicht öffentlichen - unabhängigen Trägern, stark variieren. Organisationen mit „staatlichem Auftrag“ erleben ihr eigenes Handeln oftmals stärker fremdbestimmt als z.B. unabhängig finanzierte Einrichtungen, die eher advokativ im Sinne ihrer Klientel arbeiten können, sich im Gegenzug jedoch häufiger in einer prekären finanziellen Lage befinden.
- AdressatInnen: Flüchtlinge hoffen oftmals auf eine „Mittlerfunktion“ der Sozialarbeitenden zwischen den Behörden, Institutionen bzw. der Aufnahmegesellschaft und sich selbst sowie einer Verbesserung der eigenen Lebensumstände. Erklärtes Ziel ist es, in dem jeweiligen Land, in dem sie um Asyl ansuchen, bleiben zu können und Zugang zu den Ressourcen und Möglichkeiten der Aufnahmegesellschaft zu bekommen (z.B. Arbeit, Wohnen, Ausbildung, etc.), wobei Sozialarbeitende sie möglichst unterstützen sollen.

Die beschriebenen, kaum zu vereinbarenden Erwartungshaltungen in Kombination mit real vorhandenen Handlungsmöglichkeiten skizzieren das Spannungsfeld, in dem sich Soziale Arbeit mit Flüchtlingen bewegt. Tatsächlich kann Soziale Arbeit dem eigenen Anspruch nach emanzipatorischer sowie advokatischer Arbeit im Sinne der KlientInnen

oft nur schwer genügen, da sie vielfach nur im Sinne von Notmaßnahmen helfen und bestehende Missstände abzufedern versuchen kann.

Die daraus resultierende objektive Überforderung resultiert aus der „*Unfähigkeit, auf die tatsächlichen Verursachungsbedingungen der Problemlagen der KlientInnen nachhaltig einwirken zu können*“⁶⁵.

Hieraus ergeben sich auch unterschiedliche Perspektiven in Bezug auf die wahrgenommene Rolle der Sozialarbeitenden. Sozialarbeitende erleben sich selbst gegenüber den (rechtlichen) Rahmenbedingungen oftmals als ohnmächtig, da diese ihre Handlungsmöglichkeiten erheblich eingrenzen. So herrscht eine Diskrepanz zwischen dem, was aus professioneller Sicht als sinnvoll und wichtig erachtet wird, und jenem, was im Rahmen der Möglichkeiten tatsächlich verwirklicht werden kann.

Das Machtgefälle zwischen KlientInnen und SozialarbeiterInnen stellt sich wiederum ganz anders dar. Oftmals werden SozialarbeiterInnen als eine der wenigen loyalen Personen erlebt, was zu Abhängigkeitsverhältnissen führen kann.⁶⁶

An dieser Stelle drängt sich die Frage nach möglichen Bewältigungsstrategien Sozialarbeitender angesichts des soeben genannten Spannungsfeldes auf. Es ist offensichtlich, dass dies angesichts der Komplexität des strukturellen bzw. Rollenkonfliktes von Sozialarbeitenden im Flüchtlingsbereich keine einfachen Lösungskonzepte sein können. Zepf beschreibt zunächst defensiv orientierte Bewältigungsstrategien, die er einerseits als verständliche Reaktionen beschreibt, andererseits stellt er jedoch in Frage, inwiefern diese langfristig funktionieren können ohne zu einer inneren Kündigung der Sozialarbeitenden zu führen. Beispielhaft nennt er

- Gewöhnung - bestehende Notlagen werden angesichts mangelnder Fähigkeit diese beheben zu können relativiert, die prekären Lebensumstände der Klientel werden zum Normalzustand
- Problemverschiebung - die objektive Überforderung führt dazu, dass sich Sozialarbeitende weniger auf die KlientInnen einlassen können und sich vor den Anliegen der KlientInnen schützen möchten, dies sogar abblocken

⁶⁵ Zepf B., a.a.O., S. 105

⁶⁶ Vgl. Konzett E., Asylverfahren und Retraumatisierung. Umgang, Interventionen und Lösungsansätze von SozialarbeiterInnen im Flüchtlingsbereich, Diplomarbeit an der FH Campus Wien, Wien 2010, S. 45f

- Selbstbeschneidung - die Missstände des Asylsystems werden als nicht veränderbar angenommen, jede strukturelle Auseinandersetzung wird vermieden

Als Gegenpol dazu beschreibt er offensiv bzw. konstruktiv orientierte Bewältigungsstrategien:

- Advocacy - Parteiische Interessensvertretung; neben der wichtigen konkreten Einzelfallhilfe soll Vernetzungsarbeit verstärkt werden
- Autonomie - Selbstermächtigung der KlientInnen, quasi als Befreiung aus der behördlichen und betreuerischen Unmündigkeit, Unterstützung von Selbstorganisation⁶⁷
- Akzeptanz – Öffentlichkeitsarbeit im Interesse der KlientInnen, Sensibilisierung der Aufnahmegesellschaft

3.2. Relevante Methoden und Konzepte Sozialer Arbeit

3.2.1. Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat

Die aus der Schweiz stammende Sozialarbeitstheoretikerin Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Silvia Staub-Bernasconi formulierte im Zuge der Debatte um die Professionalisierung der Sozialarbeit das - auch in diesem Zusammenhang relevante und aktuelle - Konzept des professionellen Tripelmandates, das das bisher propagierte berufliche Doppelmandat ablösen soll.

Das doppelte Mandat (nach Böhnisch und Lösch 1973), geprägt durch die Arbeit im Spannungsfeld zwischen Hilfe für die KlientInnen einerseits und Kontrolle im Auftrag des öffentlichen bzw. gesellschaftlich-politischen Interesses andererseits, wurde lange Zeit als gültiges Konzept akzeptiert, wenn auch verschiedene Sichtweisen hinsichtlich der Enge bzw. Weite des Konzeptes diskutiert wurden.

In dem Konzept des professionellen Tripelmandates wird das bisherige zweifache Mandat durch ein drittes ergänzt; dieses postuliert die wissenschaftliche Fundierung der Methoden und Handlungstheorien sowie die Orientierung an einem Ethikkodex (geprägt durch die Menschenrechte und Gerechtigkeit) als Begründungs- und Legitimationsbasis

⁶⁷ Hierauf wird im Unterkapitel „Empowerment“ auf Seite 35f näher eingegangen

Sozialer Arbeit.⁶⁸ Die Orientierung an diesem dritten Mandat soll der Profession *eine kritisch-reflexive Distanz gegenüber den AdressatInnen, der Politik, den Trägern/Finanzgebern ermöglichen*⁶⁹.

Nach Staub-Bernasconi schaffen Wissenschaftsbasierung und Berufskodex die *Legitimations- und Mandatsbasis für eigenbestimmte, professionelle Aufträge* und machen Soziale Arbeit *ohne politisches Mandat politikfähig*⁷⁰, wobei die *Voraussetzung für die Politikfähigkeit*⁷¹ in der Entkoppelung von Parteipolitik sowie deren RepräsentantInnen besteht.

Die Relevanz und Aktualität dieses Konzeptes zeigt sich im Bereich der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen beispielsweise an Angeboten für Menschen, die über keinen legalen Aufenthaltstitel (mehr) verfügen. In diesem Zusammenhang können zwei in Wien ansässige Einrichtungen genannt werden.

Seit 2004 besteht Amber Med, das vom Diakonie Flüchtlingsdienst in Kooperation mit dem Österreichischen Roten Kreuz betrieben wird und Menschen ohne Versicherungsschutz bzw. legalen Aufenthaltstitel medizinische Versorgung anbietet.⁷²

Der Verein KAMA bietet AsylwerberInnen, MigrantInnen und Asylberechtigten die Möglichkeit auch ohne offizielle Arbeitserlaubnis ihre Fähigkeiten und Talente sinnvoll und gewinnbringend einzusetzen.⁷³ Ein Konzept, das zudem einem empowernden Ansatz entspricht.⁷⁴

Sozialarbeitende sowie engagierte Menschen aus anderen Bereichen warteten nicht auf ein gesellschaftlich-politisches Mandat bzw. einen Auftrag der KlientInnen selbst, sondern entschieden sich aufgrund ethischer Überlegungen zu handeln. Gesellschaftlich-politische Akzeptanz sowie Möglichkeiten der Finanzierung durch die öffentliche Hand mussten oftmals im Nachhinein und Schritt für Schritt errungen werden.

⁶⁸ Vgl. Staub-Bernasconi S., Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit, in: Sozialarbeit in Österreich, Heft Nr. 2 (2007), S.8ff

⁶⁹ Ebd.S.13

⁷⁰ Staub-Bernasconi S., a.a.O.,S.13

⁷¹ Ebd.S.13

⁷² Vgl. Vorstellung von Amber Med auf der Homepage des Diakonie Flüchtlingsdienstes, URL: <http://amber.diakonie.at/>, Zugriff am 12.9.2010

⁷³ Vgl. Rubrik „Über uns“ auf der Homepage des Vereins KAMA; URL: http://www.kama.or.at/index.php?option=com_content&view=article&id=47:idee&catid=34:ueber-uns&Itemid=54, Zugriff am 12.9.2010

⁷⁴ Auf das Konzept des Empowerment wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

Trotz einzelner positiver Beispiele ist das Spannungsfeld zwischen Intentionen und Motiven der Sozialen Arbeit und Möglichkeiten der realen Umsetzung aufgrund zusehends restriktiver werdender Gesetzgebung sehr groß, wie auch bereits im Zuge dieses Kapitels dargestellt.

3.2.2. Empowerment in der Sozialen Arbeit mit geflüchteten Menschen

Das Konzept des *Empowerment* beschäftigt sich mit der *Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung*⁷⁵ sowie der Selbstermächtigung von Menschen in Lebenskrisen, indem es auf deren Ressourcen und Selbstgestaltungskräfte fokussiert.

Somit stellt es einen Paradigmenwechsel von der Orientierung an Defiziten und Hilflosigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit hin zu einem bewussten Wahrnehmen und Fördern von Stärken und Fähigkeiten der Klientel dar.

An dieser Stelle kann nicht auf sämtliche Auffassungen und Interpretationen des Begriffs eingegangen werden, vielmehr stellt sich die Frage, welche Rolle *Empowerment* in der Sozialen Arbeit mit (traumatisierten) Flüchtlingen spielen kann.⁷⁶

Traumata stellen Erfahrungen dar, in denen sich die Betroffenen in von übermächtiger Hilflosigkeit und Ohnmacht geprägten Situationen wiederfinden. Auch nach der Flucht, im Exilland, ist das Leben von geflüchteten Menschen durch ein hohes Maß an Fremdbestimmung geprägt (z.B. ist der Zugang zum Arbeitsmarkt für AsylwerberInnen quasi verschlossen, sie sind auf staatliche Hilfeleistungen in Form der Grundversorgung angewiesen, sie können nicht selbst bestimmen, in welches Bundesland sie zur Grundversorgung zugeteilt werden, sie haben kaum Einflussmöglichkeiten auf die Dauer der Asylverfahren, etc.⁷⁷).

Um die Herausforderungen des Lebens im Exilland meistern zu können, sind sie oftmals auf Unterstützung bzw. Hilfsangebote angewiesen.

Sich wieder selbst als aktiv Gestaltende des eigenen Lebens bzw. als selbstwirksam zu erfahren, kann sich nachhaltig positiv auf das Selbstbild der Betroffenen auswirken und

⁷⁵ Herriger N., *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*, Kohlhammer, Stuttgart² 2002, S.11

⁷⁶ Eine ausführliche Darstellung vorhandener Literatur zum Thema sowie eine Übersicht bestehender Projekte findet sich bei Nettelroth.

⁷⁷ Nähere Informationen sind im Anhang unter der Rubrik „Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen“ zu finden.

helfen, eigene Ressourcen und Bewältigungsstrategien zu (re)aktivieren.⁷⁸

Trotz vielfach ungünstiger Voraussetzungen, die im Handlungsfeld vorzufinden sind, wie z.B. Zeitknappheit, Ressourcenmangel, restriktive Gesetzgebung, etc., ist *Empowerment* nötig und möglich, wie durch beispielgebende Projekte bestätigt werden konnte.⁷⁹

Konkret bedeutet das, vorhandene Handlungsspielräume bewusst wahrzunehmen und im Sinne eines *empowernden* Ansatzes zu nutzen. Dies bedeutet auf der individuellen Ebene KlientInnen ausreichend zu informieren und ihnen im Sinne der *Ermöglichung einer eigenständigen Entscheidungsfindung*⁸⁰ hilfreich zur Seite zu stehen. Es ist wichtig, ihnen nicht wohlwollend-paternalistisch oder zum Zweck der Zeitersparnis Tätigkeiten abzunehmen, die selbst bewältigt werden könnten. Auf der Gruppen- bzw. institutionellen Ebene gilt es Selbsthilfe und -Organisation zu fördern.⁸¹

Empowerment wird hier vor allem in einem transitiven Sinne verstanden und sieht die Rolle Sozialer Arbeit darin *einen Prozess zu ermöglichen und anzustoßen, durch den KlientInnen (persönliche, organisatorische und gemeinschaftliche) Ressourcen erhalten, die sie befähigen, größere Kontrolle über ihr eigenes Leben auszuüben*.⁸²

3.3. Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und (Trauma-)Therapie

Was brauchen traumatisierte Menschen? *In erster Linie Begegnung und Vertrauen*⁸³ schreibt Soyer, der als Sozialarbeiter bei Refugio München arbeitet, einem Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer. Wenn es um Hilfe für traumatisierte Flüchtlinge geht, wird vielfach in erster Linie an gezielte Traumatherapie

⁷⁸ Vgl. Rubrik Empowerment, Lexikon auf der Homepage von Zebra, URL:

<http://www.zebra.or.at/lexikon.php?show=e#empowerment>, Zugriff 4.10.2010

⁷⁹ Vgl. Nettelroth J., Yes, they can! Flüchtlinge werden selbst aktiv., Empowerment in der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen am Beispiel des Projektes ARTIF in Plymouth, Bachelorarbeit an der Hochschule Esslingen, Esslingen 2008, S. 54ff

⁸⁰ Zepf B., a.a.O., S. 108

⁸¹ Vgl. Nettelroth J., a.a.O., S. 54ff

⁸² Stark W., Empowerment. Neue Handlungsperspektiven in der Psychosozialen Praxis, Lambertus-Verlag, Freiburg i.B. 1996, zit. in: Herriger N., a.a.O., S.15

⁸³ Soyer J., Konsequenzen für die Arbeit in Einrichtungen der Flüchtlingsbetreuung: Die therapeutische Funktion sozialer Arbeit, S.156-160, in: Forster E., Bieringer I., Lamott F., Migration und Trauma. Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit, LIT Verlag, Münster-Hamburg-London 2003, S.156

gedacht, doch was kann Soziale Arbeit beitragen bzw. wie können sich therapeutische und sozialarbeiterische Unterstützung sinnvoll ergänzen?

Traumatisierte Flüchtlinge erleben zusätzlich zu einer inneren Unsicherheit zumeist auch äußere Unsicherheit bzw. sind sie verschiedenen Belastungen ausgesetzt (wie z.B. Unterbringung in Heimen für AsylwerberInnen mit Mehrbettzimmern, lang andauernde Asylverfahren verbunden mit aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit, etc.).

Soziale Begleitung und Unterstützung kann zur Stabilisierung der äußeren Rahmenbedingungen beitragen und sich somit ebenso positiv auf die „innere Welt“ der Betroffenen auswirken. Soyer beschreibt dies anhand folgender Beispiele:

- Für die therapeutische Aufarbeitung eines erlebten Traumas ist ein sicherer Kontext notwendig. Soziale Arbeit kann entscheidend zu einer Stabilisierung beitragen, indem sie reale Nöte zu minimieren und reale Ängste (im Rahmen ihrer Möglichkeiten) zu reduzieren versucht.
- Das Asylsystem im Exilland ist in Verbindung mit Sprachbarrieren für Flüchtlinge oft undurchschaubar. Menschen, die bereits im Herkunftsland unter behördlicher bzw. staatlicher Willkür zu leiden hatten, fühlen sich nicht selten wieder in eine ähnliche Situation versetzt. An dieser Stelle drohen sich Erfahrungen und Traumata aus dem Herkunftsland mit der Gegenwart zu vermengen. Soziale Arbeit kann an dieser Stelle über behördliche Vorgänge, Gesetze, Abläufe und insbesondere über bestehende Rechte und Möglichkeiten (z.B. das Recht gegen einen negativen Bescheid eine Beschwerde einzulegen) informieren und so dazu beitragen, dass sich diese im Sinne von *Empowerment* wieder verstärkt als aktiv Gestaltende ihres eigenen Lebens begreifen können.
- In der Beziehung zu dem/der Sozialarbeitenden kann dieser/diese als verlässlicher Partner/verlässliche Partnerin erlebt werden, wodurch Betroffene wieder Vertrauen entwickeln können.⁸⁴

(Trauma-) Therapie ist in vielen Fällen notwendig und sinnvoll, sie ist jedoch nicht das „Allheilmittel“ mit dem es möglich wäre, den verschiedenen Problemen traumatisierter Flüchtlinge gerecht zu werden bzw. adäquat zu helfen.

⁸⁴ Vgl. Soyer J., a.a.O., S.156ff

Weiters muss berücksichtigt werden, dass eine Therapie erst unter bestimmten Voraussetzungen (vorhandene Ressourcen-leistbare bzw. kostenlose Therapieplätze in spezialisierten Einrichtungen, Bereitschaft der KlientInnen, ausreichendes Gefühl von Sicherheit, etc.) begonnen werden kann und somit ein höherschwelliges Hilfsangebot darstellt, als es Beratung bzw. Betreuung im Rahmen Sozialer Arbeit.

Soziale Arbeit kann eine entsprechende Schnittstellenfunktion haben und KlientInnen bei Bedarf gezielt an psychotherapeutische Einrichtungen weiterverweisen, durch die Stabilisierung der äußeren Rahmenbedingungen therapeutische Arbeit sinnvoll unterstützen bzw. ergänzen und sie kann selbst wie von Soyer beschrieben eine therapeutische Funktion haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die komplexen Probleme, mit denen geflüchtete bzw. traumatisierte Menschen konfrontiert sind, einer mehrdimensionalen Herangehensweise und der Zusammenarbeit verschiedener Professionen bedürfen, wobei der Sozialer Arbeit wie soeben dargelegt eine bedeutende Rolle zukommt.

4. Abriss der Grundlagen der Psychotraumatologie

4.1. Geschichte der Psychotraumatologie

Bis ans Ende des 19. Jahrhunderts wurden kollektive Katastrophen sowie individuelles Unglück und deren Auswirkungen auf die Überlebenden fast ausschließlich aus religiöser bzw. theologischer Perspektive heraus betrachtet.

Als wesentlicher Faktor hierfür wird angesehen, dass lange Zeit hindurch nur Störungen mit einem somatischen Symptombild als „echte“ Krankheiten gewertet wurden und somit in den Zuständigkeitsbereich der Medizin fielen.

Für äußerlich nicht sichtbare „Verletzungen der Seele“ - dem unsterblichen und somit als göttlich angesehenen Anteil im Menschen - sahen sich die Religionsgemeinschaften verantwortlich.⁸⁵

Die wissenschaftliche Medizin hat sich in weiten Teilen erst im ausklingenden 20. Jahrhundert mit gesundheitlichen Folgen psychischer Traumatisierung zu beschäftigen begonnen. Zwar gab es auch davor Konzepte, die sich mit Psychotraumata auseinandersetzten, jene kamen jedoch durchwegs zu dem Schluss, dass die Auswirkungen eines Traumas rein psychologische seien und ließen somatopsychische wie psychosomatische und soziale Wechselwirkungen außer Acht.⁸⁶

Die Auseinandersetzung mit Psychotraumata infolge von bewaffneten Konflikten war regional bzw. kulturkreisgebunden sehr verschieden. Während des ersten sowie zweiten Weltkrieges wurde zum Beispiel im deutschsprachigen Raum von PsychiaterInnen - im Hinblick auf Soldaten, die an unklaren Nervenzusammenbrüchen und körperlichen Symptomen litten - sogar noch die Ansicht vertreten, dass „nur minderwertiges Menschenmaterial“ angesichts von Kriegsgeschehen versuchen würde, *in die Krankheit zu flüchten*⁸⁷. Die Betroffenen mussten Behandlungen mit eher bestrafendem denn heilendem Charakter über sich ergehen lassen (wie z.B. eine „Therapie“ mit Stromschlägen, dem sog. „Pansen-Verfahren“). Dies muss jedoch vor dem Hintergrund

⁸⁵ Vgl. Friedmann A., Allgemeine Psychotraumatologie, in : Friedmann et al., Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung, Springer Verlag, Wien 2004, S. 5-34

⁸⁶ Vgl. Fischer G., Riedesser P., Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt Verlag UTB, München⁴ 2009, S.20

⁸⁷ Friedmann A., a.a.O., S. 7

des Menschenbildes einer Epoche bzw. Gesellschaft gesehen werden, in der Krankheit generell in erster Linie als Pflichtversäumnis wahrgenommen bzw. als solches diffamiert wurde.⁸⁸ Im angloamerikanischen Raum wurden heimkehrenden Soldaten im selben Zeitraum bereits Renten für offensichtliche physische wie psychische Kriegsfolgen zugestanden.

Der Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Psychotraumatologie als Lehre von den psychosomatischen Folgen traumatischer Lebensereignisse sowie deren Behandlung, so wie sie auch heute verstanden wird, ist mit der Konfrontation der amerikanischen Zivilgesellschaft mit den oftmals traumatisierten Kriegsveteranen des Vietnamkrieges anzusetzen. 1980 wurde in das DSM III (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) das Konzept der „posttraumatic stress reaction“ aufgenommen, das vorwiegend auf Untersuchungen an Vietnam-Veteranen basierte und die bis dato umfassendste Auseinandersetzung mit den multiplen Auswirkungen psychischer Traumata dokumentiert. Dieses Konzept wurde 1987 und 1994 überarbeitet, die aktuelle Version ist nun als „posttraumatic stress disorder“ im DSM IV zu finden.

Im europäischen Raum wird vorwiegend das Konzept der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (1993), die im ICD 10 (International Classification of Diseases) zu finden ist, verwendet.⁸⁹

Seither nimmt die Zahl der wissenschaftlichen sowie populärwissenschaftlichen Publikationen stetig zu, was für die Aktualität sowie die Bedeutung dieses Forschungs- wie auch Praxisbereichs spricht.⁹⁰ Der Begriff des Traumas ist mittlerweile auch in unsere Alltagssprache integriert, wobei er nicht immer eindeutig im klinisch-wissenschaftlichen Sinne verwendet wird. Er wird für vieles verwendet, das stark belastend ist, als unangenehm empfunden wird, stressreich, krisenhaft oder auch erschreckend ist, was einer gewissen Begriffsinflation gleichkommt.⁹¹

⁸⁸ Vgl. Brainin E. (Hrsg.), Kindsein in stürmischen Zeiten. Reales Trauma und psychische Bewältigung, Picus Verlag, Wien 2003, S.19

⁸⁹ Vgl. Friedmann A., a.a.O., S. 5-34

⁹⁰ Vgl. Lemke J., Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung, Asanger Verlag, Kröning² 2008, S. 22ff

⁹¹ Vgl. Birck, A., Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen, Asanger Verlag, Heidelberg und Kröning 2002, zit. in Buder A., Schatten kollidieren mit Menschen. Zur Lebenssituation von traumatisierten Flüchtlingen in Österreich und die daraus resultierende Relevanz der sozialarbeiterischen Tätigkeit, Diplomarbeit an der Fachhochschule Campus Wien, Studiengang Sozialarbeit, Wien 2007, S. 5

4.2. Trauma – Versuch einer Definition

Der Begriff Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung bzw. Wunde. In der Medizin wird der Begriff sowohl für physische (v.a. im Bereich der Chirurgischen Traumatologie) als auch psychische Verletzungen verwendet.⁹²

Es gibt heute zahlreiche Definitionen psychischer Traumata, die jedoch in ihren wesentlichen Merkmalen übereinstimmen:

Unter dem Begriff „psychisches Trauma“ versteht man ein unerwartetes, dramatisches Ereignis oder eine Situation, die kurz oder lang anhaltend sein kann, von den Betroffenen bzw. auch unmittelbaren ZeugInnen als belastend bzw. als außergewöhnlich bedrohend erlebt wird. Es ruft bei einem Großteil der Menschen tiefe Verzweiflung hervor und stellt eine Zäsur in der biografischen Kontinuität des/der Einzelnen dar.⁹³

Die erlebte Schutz- und Hilflosigkeit in einer traumatischen Situation erzeugt ein massives Gefühl der Angst, das von den Betroffenen nicht mehr beherrscht werden kann, im Gegenteil werden die Betroffenen von der Angst beherrscht.⁹⁴

Die individuellen Adaptationsfähigkeiten (*coping abilities*⁹⁵) der Betroffenen sind überflutet und somit ausgeschaltet, was eine „seelische Erschütterung“, ein intensives Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit hervorruft, das zumeist von Todesangst begleitet wird und sich auf die Stabilität des Selbst- und/oder Weltbildes zerstörerisch auswirkt.⁹⁶

Gottfried Fischer und Peter Riedesser beschreiben Merkmale und Auswirkungen psychotraumatischer Erfahrungen als *„vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltbild bewirkt.“*⁹⁷

⁹² Vgl. Fischer G., Riedesser P., a.a.O., S.17ff

⁹³ Vgl. Dilling H., Mombour W., Schmidt M. (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen:Klinisch-Diagnostische Leitlinien:ICD 10, Huber Verlag, Bern² 1993, zit. in Friedmann et al., Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung, Springer Verlag, Wien 2004, S. 5-34

⁹⁴ Vgl. Buder A., a.a.O., S.8

⁹⁵ Eine genaue Definition findet sich im Rahmen des Kapitels Copingstrategien auf Seite 82

⁹⁶ Vgl. Friedmann A., a.a.O., S. 5-34

⁹⁷ Fischer G., Riedesser P., Lehrbuch der Psychotraumatologie, Ernst-Reinhardt Verlag, München² 1998, S.79, zit. in Hinckeldey S., Fischer G., Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung, Reinhardt, München 2002,S. 9

Dieser *Abriss im eigenen Selbst- Welt- Kontinuum*⁹⁸ wird als radikaler Wandel der Beziehung zwischen Betroffenen und deren Umwelt beschrieben. Die Psyche eines nicht-traumatisierten, psychisch gesunden Menschen ist geprägt durch den Glauben an die Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Welt, einer tendenziell positiven Selbstwahrnehmung sowie dem Vertrauen auf die eigene Unverletzbarkeit. Dieses Einstellungsmuster bzw. Weltverständnis wird im Rahmen des Konzeptes der *Salutogenese* nach Aaron Antonovsky als Kohärenzgefühl beschrieben.⁹⁹

Das Genannte Selbst- bzw. Weltbild ermöglicht das Erleben einer biografischen Kontinuität, die durch ein Trauma eine Zäsur erfahren kann: Traumatisierte Menschen erleben sich als verletzbar bzw. sehen sich zukünftig verletzbar. Sie erleben ihr Selbst als verwundet und oftmals wertlos. Die sie umgebende Welt wird künftig als feindlich, unkontrollierbar und unverstehbar wahrgenommen.¹⁰⁰

Prinzipiell kann zwischen von Menschen verursachten Traumata - *man made disaster* - und Katastrophen, Unfalltraumata bzw. schweren Schicksalsschlägen - *nature made disaster* - unterschieden werden. Art und Ausprägungsgrad des Traumas können jedoch stark variieren. Im Zusammenhang mit Bürgerkriegsszenarien wird weiters von kollektiven Traumata in Abgrenzung zu individuellen Traumata gesprochen.¹⁰¹

Durch Studien konnte nachgewiesen werden, dass qualitativ unterschiedliche Traumata nicht nur hinsichtlich der Symptomatik unterschiedliche Ausprägungen von Traumafolgestörungen nach sich ziehen können, sondern dass diese auch mit verschieden hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen können.¹⁰² Tendenziell ist die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer PTBS bei von Menschen verursachten Traumen, vor allem wenn diese mit Absicht herbeigeführt wurden, höher wie z.B. bei Gewalt oder Vergewaltigung.¹⁰³

⁹⁸ Friedmann A., a.a.O., S. 17

⁹⁹ Vgl. Jork K., Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky, S. 17-25, in Jork K., Peseschkian N. (Hrsg.), *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden- gesund bleiben*, Hans Huber Verlag, Bern 2003

¹⁰⁰ Vgl. Friedmann A., a.a.O., S. 5-34

¹⁰¹ Vgl. Reddemann L., Dehner-Rau C., *Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen*, Trias Verlag, Stuttgart³ 2008, S.13f

¹⁰² Vgl. Breslau N., Kessler R., Chilcoat H., Schultz R., Davis G., Andreski P., *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community : the 1996 Detroit area survey of Trauma*, *Arch Gen Psychiatry* 1998 / 55 (7), S. 626-532, zit. in: Friedmann a.a.O., S.5-34

¹⁰³ Vgl. Friedmann A., a.a.O., S. 5-34

Die Prävalenzraten von Traumafolgestörungen bei Opfern von Krieg und Vergewaltigungen werden von Experten auf bis zu 50% geschätzt, d.h. es kann davon ausgegangen werden, dass *Flüchtlinge aus Kriegs- und Kriegsgebieten sehr wahrscheinlich zu einem hohen Prozentsatz traumatische Störungen aufweisen.*¹⁰⁴

4.3. Trauma aus neurobiologischer Perspektive

In der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Folgeerscheinungen psychischer Traumata wurde deutlich, dass es eines intensiven Austausches zwischen den einzelnen Fachbereichen bedarf. Eine Integration der psychosozialen sowie neurobiologischen Perspektive ist notwendig, da beide Fachgebiete wichtige Ansätze zum Verständnis des Prozesses einer Traumatisierung hervorgebracht haben.¹⁰⁵

Ein traumatisches Erlebnis löst im Körper eine akute Stressreaktion aus. Das sympathische Nervensystem wird aktiviert, der Körper in Alarmbereitschaft (*Arousal*) versetzt und die Aufmerksamkeit fokussiert. Lebensnotwendige Körperfunktionen und Bedürfnisse werden durch Erhöhung von Herzfrequenz und Blutdruck sowie beschleunigter Atmung und vermehrte Bereitstellung von Glukose sichergestellt (neuroendokrine bzw. vegetative Aktivierung). Nicht unmittelbar lebensnotwendige Körperfunktionen bzw. reproduktive Aktivitäten (sexuelle Aktivität, Nahrungsaufnahme und -verdauung, etc.) werden gehemmt.¹⁰⁶

Fight (Kämpfen), *Flight* (Flucht) oder *Freeze* (Erstarrung) stellen natürliche Reaktionsmuster des Organismus auf Stress - zum Zweck des Überlebens - dar. Während bei den Reaktionsmustern *Fight* und *Flight* noch ein Handlungsspielraum für die Betroffenen gegeben scheint, stellt *Freeze* die Reaktion auf eine von absoluter Hilfslosigkeit, existenzieller Bedrohung und endloser Angst geprägten Situation dar.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Gröschel C., Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration. Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen, ibidem Stuttgart 2008, S. 37

¹⁰⁵ Vgl. Ottomeyer K., Peltzer K. (Hrsg.), Überleben am Abgrund. Psychotrauma und Menschenrechte, Drava, Klagenfurt 2002, S.11

¹⁰⁶ Vgl. Lahousen T., Bonelli R.M., Hofmann P., Biologische Aspekte der posttraumatischen Belastungsstörung, in : Friedmann et al., Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung, Springer Verlag, Wien 2004, S. 39- 47

¹⁰⁷ Vgl. BAfF-Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg.), Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis, von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe 2006, S. 42f

Traumata und extreme Belastungen hinterlassen „Spuren im Gehirn“. Chronisch anhaltender Stress führt zu einer Reduzierung der Wirksamkeit der Stressreaktion und in weiterer Folge zu einer Sensibilisierung: Die Stresstoleranz der Betroffenen sinkt.

Der Anpassungsvorgang des Zentralnervensystems an Lebenserfahrungen wird als Neuroplastizität bezeichnet.¹⁰⁸ Traumatisierte Menschen weisen sowohl Abweichungen auf der Ebene der Konzentration von Neurotransmittern (z.B. erhöhte Noradrenalinwerte im Unterschied zu Vergleichsgruppen) als auch im Hinblick auf die Hippocampusformation auf.

Der Hippocampus spielt beim Erlernen neuer Wissensinhalte eine wesentliche Rolle. Ankommende Reize werden im sogenannten expliziten Gedächtnis¹⁰⁹ in ihrer räumlichen und zeitlichen Dimension abgespeichert. In den Mandelkernen (Amygdalae) werden die mit den Erfahrungen verbundenen Gefühle im sog. impliziten Gedächtnis abgespeichert und mit den dazugehörigen Inhalten des expliziten Gedächtnisses verknüpft.¹¹⁰

Nach aktuellen neurobiologischen Modellvorstellungen führt die massive Ausschüttung von Neurohormonen während traumatischer Situationen zu einer *Fehlfunktion der Hippocampusformation. Wahrnehmungseindrücke werden nicht mehr in Kategorien erfasst, sondern als zusammenhanglose Sinneseindrücke (...) wahrgenommen. Hiernach kommt es zu einer Desynchronisation im Zusammenspiel des sog. impliziten und expliziten Gedächtnisses.*¹¹¹

Betroffene erinnern sich an traumatische Erfahrungen demnach nicht in ihrem konkreten realen Zusammenhang (hippocampale Amnesie), sondern speichern sie fragmentiert als Gefühlszustände, verschiedene Sinneseindrücke oder auch körperliche Reaktionen im Gehirn ab und können sie demnach auch nur als solche erinnern.

Es existieren intensive Erinnerungszustände (Intrusionen), die jedoch dekontextualisiert wahrgenommen werden, da die Erinnerung des konkreten Ereignisses beeinträchtigt ist.¹¹²

¹⁰⁸ Vgl. Reddemann L., Dehner-Rau C., a.a.O., S. 30ff

¹⁰⁹ Das explizite Gedächtnis steht für die bewusste Wahrnehmung und Initialisierung von Handlungen während das implizite Gedächtnis unbewusst organisiert ist.

¹¹⁰ Vgl. Reddemann L., Dehner-Rau C., a.a.O., S. 30ff

¹¹¹ Lahousen T., Bonelli R.M., Hofmann P., Biologische Aspekte der posttraumatischen Belastungsstörung, in : Friedmann et al., Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung, Springer Verlag, Wien 2004, S. 43

¹¹² Vgl. Reddemann L., Dehner-Rau C., a.a.O., S. 34f

Ein Flashback-Erlebnis¹¹³ kann demnach verstanden werden als die durch traumarelevante Stimuli ausgelöste Reaktualisierung fragmentierter Gedächtnisinhalte, die in traumatischen Situationen abgespeichert wurden.¹¹⁴

Eine der interviewten Personen erzählte von einer beispielhaften Flashback-Erfahrung eines Klienten: *„Ein Klient (...) war zu Hause, und dann ist die Polizei gekommen (...) und der hat einfach ein Flashback gehabt, er hat geglaubt er muss sein Leben retten und zu Hause ist er eben aus dem Fenster gesprungen. Dort hat er im Erdgeschoss gewohnt und ist davon gelaufen. Leider hat er in Österreich im dritten Stock gewohnt. (...) Es rennt automatisch und sie können die Realität und die Vergangenheit in diesem Augenblick nicht auseinanderhalten. Da rennt einfach ein Überlebensprogramm. (...) Die Wahrnehmung in diesem getriggerten¹¹⁵ Traumazustand ist ganz eingeschränkt.“¹¹⁶*

4.4. Traumatisierung als Prozess

Fischer und Riedesser¹¹⁷ postulieren ein Prozessmodell der psychischen Traumatisierung, das folgende Komponenten enthält:

- die traumatische Situation - das Ereignis, das von der betroffenen Person als traumatisierend erlebt wird, per se
- die traumatische Reaktion - die akute Reaktion auf die traumatische Situation im Rahmen eines Prozesses der Selbstheilung. Phasen der Vermeidung (Konstriktion) wechseln sich mit Phasen der Auseinandersetzung (Intrusionen; auf der Ebene spontanen Wiedererinnerns als auch bewussten Erinnerens) ab.¹¹⁸ Reaktionen wie Fremdheitsgefühle, sich „nicht ganz da fühlen“, erhöhte Reizbarkeit sowie plötzlich auftretende Angst- und Beklemmungsgefühle entsprechen dem Spektrum typischer, d.h. normaler Reaktionen auf traumatische

¹¹³ Die betroffene Person hat das Gefühl, die traumatische Situation bzw. Teile davon erneut zu durchleben und kann in dieser Situation nicht zwischen Vergangenheit und aktueller Situation unterscheiden.

¹¹⁴ Vgl. Bering et al., 2002, zit in: Lahousen T., Bonelli R.M., Hofmann P., a.a.O., S. 43

¹¹⁵ Das englische Wort Trigger steht für Auslöser bzw. Impuls. Hier ist das Eindringen der Polizei der Auslöser – also Trigger – für die Reaktivierung von Gedächtnisinhalten.

¹¹⁶ Vgl. IP 3, Zeilen 185-193

¹¹⁷ Vgl. Fischer G, Riedesser P., a.a.O., S.63ff

¹¹⁸ Vgl. Reddemann L., Dehner-Rau C., a.a.O., S.42

Erfahrungen. Abwehrmechanismen wie z.B. Dissoziation¹¹⁹ können nicht nur aus einer pathologischen Perspektive heraus betrachtet, sondern auch im systemischen Kontext als sinnvoller Schutzmechanismus des Individuums gegenüber überflutenden und aktuell nicht verarbeitbaren Erfahrungen interpretiert werden. In einem Moment, in dem die Realität in ihrem vollen Ausmaß für die Betroffenen nicht verkraftbar bzw. bewältigbar ist, ermöglicht Dissoziation Überleben.¹²⁰

- die akute Reaktion kann in eine chronische pathogene Entwicklung, den traumatischen Prozess, münden, der durch charakteristische Symptome aus dem Traumaspektrum gekennzeichnet ist.

Die Frage nach Möglichkeiten der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse, die eine pathogene Entwicklung verhindern könnte, kann nicht losgelöst vom jeweiligen Lebenskontext des/der Betroffenen betrachtet werden. Der Arzt und Psychoanalytiker Hans Keilson entwickelte anhand von Langzeitstudien mit jüdischen Kriegswaisen das Konzept der sequentiellen Traumatisierung. Wesentlich für Ausbildung eines psychotraumatologischen Störungsbildes bzw. der Möglichkeiten der Verarbeitung von Traumata sind nicht nur die traumatische Sequenz selbst sondern auch das Geschehen davor sowie danach. Keilson benennt diese Sequenzen als prätraumatische Sequenz, traumatische Sequenz sowie post-traumatische Sequenz.¹²¹

Analog dazu können verschiedene Faktoren benannt werden, die sich positiv bzw. negativ hinsichtlich der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse auswirken können.

Sie tragen zur Verarbeitung des Traumas bei, können aber auch die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhöhen.

- Der soziale Kontext des Geschehens: Ist es nach dem traumatischen Erlebnis möglich, wieder ein Gefühl der Sicherheit sowie Stabilität zu entwickeln oder ist die individuelle Situation geprägt von einer Dauerspannung, da jederzeit wieder

¹¹⁹ Depersonalisations- und Derealisationserfahrungen, d.h. Gefühle der Entfremdung vom eigenen Körper oder der Umgebung (Vgl. Fischer G., Riedesser P., a.a.O., S. 386)

¹²⁰ Vgl. Fiedler, 2001, zit. in : Buder A., a.a.O., S.19

¹²¹ Vgl. eigene Mitschrift, Preitler B., Psychotherapeutin bei HEMAYAT – Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende, Schulung „Flucht und Trauma“ im Rahmen der Fortbildungsreihe der Asylkoordination Österreich, Wien 24.10.2008

mit einem erneuten Eintreten eines traumatischen Erlebnisses gerechnet werden muss (z.B. ein Kind, das im familiären Kontext Misshandlungen oder sexueller Gewalt ausgesetzt ist oder ein politisch verfolgter Mensch, der jederzeit mit seiner Inhaftierung bzw. Folter zu rechnen hat, etc.)?

- Das individuelle Wertesystem der betroffenen Person kann die Verarbeitung erleichtern, wenn das traumatische Ereignis als sinnvoll bewertet und in die eigene biografische Kontinuität integriert werden kann (z.B. „Ich habe für eine gerechte Sache gekämpft.“).

Im Rahmen des Konzeptes der Salutogenese nach Antonovsky wird das sogenannte Kohärenzgefühl beschrieben, das den maßgeblichen Indikator für psychisches Wohlergehen darstellt. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus den Gefühlen der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability) sowie einem Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness) zusammen.¹²²

Ein Beispiel für Sinnfindung als Überlebensstrategie aus den Erzählungen in den Interviews: *„Ich habe einen einzigen tschetschenischen Klienten gesehen, der war der einzige, der detailreich über seine Gefangenschaft, seine Folter erzählen hat können, der hat den Weg von der Zelle in die Folterkammer beschreiben können. (...) Für den war das wichtig, Zeugenschaft abzulegen, alles wie (...) ein Geschichtsbuch zu registrieren und wiedergeben zu können. (...) So hat er den Sinn gefunden.“*¹²³

- Die Intensität der Traumaexposition sowie deren Dauer und Häufigkeit
- Das Alter und die individuelle Biografie: Konnten im bisherigen Leben des Menschen bereits Copingstrategien entwickelt werden? Konnte eine Festigung der eigenen Persönlichkeit erfolgen? Etc. Dr.ⁱⁿ Preitler beschreibt dies folgendermaßen: *Weil immer die ganze Lebensgeschichte eines Menschen mitspielt, was Ressourcen und Schwächen anbelangt. Also, dass auch was, das objektiv zuerst einmal vollkommen gleich ausschaut, im gleichen Gefängnis zur gleichen Zeit vom gleichen Folterer drei Tage lang malträtiiert worden zu sein,*

¹²² Vgl. Jork K., Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky, S. 17-25, in Jork K., Peseschkian N. (Hrsg.), Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden- gesund bleiben, Hans Huber Verlag, Bern 2003 / Dieser Denkansatz findet sich auch in der von Viktor Frankl begründeten Logotherapie wieder.

¹²³ Vgl. IP 3, Zeilen 219ff

wirkt jetzt objektiv vielleicht gleich, tut was verschiedenes, hängt von der Lebensgeschichte ab. Und vor dem sind natürlich die Verarbeitungsformen auch andere. Das heißt es gibt Menschen, (...) die erzählen sofort was passiert ist. (...) Es gibt aber auch Menschen, die erzählen nie davon. (...) Wenn man Gewehrkugeln im Körper hat ist die normale medizinische Versorgung, dass man die chirurgisch entfernt. Das wäre vielleicht so diese Traumabearbeitung. Nicht ganz, weil Entfernen können wir es ja nicht, aber vielleicht doch so (...) dass es eine Narbe werden kann. Und manchmal gibt es halt auch Kugeln, die irgendwo sitzen, wo es tödlich wäre, da heran zu gehen chirurgisch. Und das gibt es eben auch mit traumatischen Erlebnissen, dass man mit manchen nichts anderes tun kann als zuschauen, dass sich die gut abkapseln. Und den restlichen Organismus nicht weiter stören. Und in den meisten Fällen sind es Mischformen.¹²⁴

- Bleiben dauerhafte physische Schäden zurück, die das weitere Leben beeinträchtigen bzw. den Überlebenden/die Überlebende permanent an das traumatische Geschehen erinnern?
- Wie geht die umgebende Gesellschaft mit dem Geschehenen um, wird z.B. eine Menschenrechtsverletzung auch als solche anerkannt oder wird sie verleugnet? Wird eine sexuell missbrauchte Frau als Opfer oder als „Mitschuldige“ behandelt?
- Insbesondere bei *man made traumata* spielt die Bindung an die TäterInnen eine entscheidende Rolle. Je stärker die Bindung an die TäterInnen, umso eher erfolgt eine dauerhafte Erschütterung des Menschen- und Weltbildes, das Vertrauen in andere Menschen bzw. die Welt kann verloren gehen.
- Individuelle Ressourcen der betroffenen Personen, verlässliche Bezugspersonen sowie die Möglichkeit professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen können sich ebenso positiv auswirken.¹²⁵

¹²⁴ Interview Dr.ⁱⁿ Preitler, Zeilen 97ff

¹²⁵ Vgl. Reddemann L., Dehner-Rau C., a.a.O., S. 14ff

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es nicht „die Traumatisierung“ gibt, da eine Traumatisierung prozesshaften Charakter aufweist, von verschiedenen Faktoren und insbesondere der gesamten Biografie des/der Betroffenen mit beeinflusst wird.

Eine Be- bzw. Verarbeitung traumatischer Ereignisse hängt wesentlich davon ab, ob genügend positive Faktoren vorhanden sind und insbesondere ob wieder ein ausreichendes Gefühl der Sicherheit aufgebaut werden kann.

Für die konkrete Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen in Europa bedeutet das, sich bewusst zu sein, dass (im Falle einer Traumatisierung im Herkunftsland bzw. auf der Flucht) weder die prätraumatische noch die traumatische Sequenz selbst beeinflusst werden kann.

Da die posttraumatische Sequenz jedoch wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung bzw. Chronifizierung von Traumafolgestörungen sowie die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse hat, darf die Möglichkeit der positiven Einflussnahme während dieser Sequenz nicht unterschätzt werden.

4.5. Traumatisierung aus psychologisch- diagnostischer Perspektive

1980 wurde erstmals das Symptombild der *Posttraumatic Stress Reaction* in das DSM-III aufgenommen. Diagnostische Kriterien wurden seitdem mehrmals überarbeitet bzw. wird es seit 1987 als *Post Traumatic Stress Disorder* geführt¹²⁶. Die Zuordnung einzelner Symptome zu Symptomgruppen (Clustern) ist in den aktuellen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD 10 leicht unterschiedlich bzw. hat sich auch innerhalb dieser Klassifikationssysteme durch Überarbeitungen verändert.¹²⁷ Da im europäischen bzw. deutschsprachigen Kontext vorwiegend mit ICD 10 gearbeitet wird, beschränkt sich die folgende Darstellung auf die drei wichtigsten psychotraumatologischen Störungsbilder aus diesem Klassifikationssystem.

Sie alle werden als Reaktion auf einzelne wie multiple traumatische Erfahrungen beschrieben, die *außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegen und das Selbstverständnis wie auch das „Weltverständnis“ eines Menschen erschüttern.*¹²⁸

¹²⁶ Vgl. Friedmann A., a.a.O., S. 5-34

¹²⁷ Vgl. Lueger-Schuster B., Testpsychologische Diagnostik und Gutachtensfragen nach traumatischen Ereignissen, S. 65-74, in : Friedmann et al., Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung, Springer Verlag, Wien 2004

¹²⁸ Lueger-Schuster B., a.a.O., Wien 2004

Traumatische Ereignisse können sich nicht nur direkt in Form von Traumafolgesymptomen bzw. Traumafolgestörungen äußern, sondern auch indirekt über temporäre Anpassungsstörungen oder andere psychische Symptome wie Ängste oder Depressionen. Es finden sich auch Zusammenhänge zwischen Suchterkrankungen und Traumatisierungen, da verschiedene Substanzen wie z.B. Alkohol oder Diazepame die Intrusionssymptome dämpfen können.¹²⁹

Die Darstellung aller möglichen Symptombilder in Folge bzw. im Zusammenhang mit traumatischen Lebensereignissen würden den Rahmen dieses Kapitels jedoch sprengen, es sei hier auf „Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1“ von Michaela Huber verwiesen.

Kritisch betrachtet wird die Tatsache, dass weder im ICD 10 noch im DSM IV nach der Ursache der Traumata unterschieden wird. In der Tradition statischer und individuumzentrierter Modelle psychischer Krankheitsentstehung werden psychotraumatologische Störungsbilder so zu einer persönlichen Reaktion der Betroffenen, das Symptombild vorwiegend auf interne Eigenschaften des/der Betroffenen zurückgeführt, wodurch der gesellschaftspolitische Kontext in den Hintergrund tritt. KritikerInnen der klassischen Psychiatrie stehen dieser Perspektive skeptisch gegenüber und stellen die Frage, inwiefern psychische Symptombilder nicht auch als verständliche Reaktionen auf unerträgliche Situationen gesehen werden können. Sie plädieren für einen Blickwinkel, der immer das soziale Umfeld und den Entstehungskontext und prozesshaften Charakter psychischer Phänomene mit ein zu beziehen versucht.¹³⁰

4.5.1. Akute Belastungsreaktion (ICD 10 : F 43.0)

Es handelt sich um ein vorübergehendes Symptombild als unmittelbare Reaktion auf die Konfrontation mit einem traumatischen Erlebnis bei Menschen ohne bereits zuvor psychisch manifestes Symptombild. Betroffene zeigen in einer ersten Phase dissoziative

¹²⁹ Vgl. Gröschel C., Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration. Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen, ibidem Stuttgart 2008, S.21f und S.37

¹³⁰ Vgl. Fischer G., Riedesser P., a.a.O., S.10

Symptome wie Gefühllosigkeit und/oder Depersonalisationserfahrungen¹³¹, ihre Wahrnehmung bzw. Aufmerksamkeit ist eingeschränkt („Betäubung“), ebenso ihr Bewusstsein (Konstriktion). Weiters können Amnesien in Bezug auf das Geschehene auftreten. Im weiteren Verlauf können sowohl das Zurückziehen aus der Umgebung als auch Überaktivität und Unruhezustände (die sich auch auf vegetativer Ebene etwa durch Herzrasen, Schweißausbrüche etc. äußern können) beobachtet werden. Die Symptome wechseln rasch und keines ist vorherrschend.

Die Intensität der Symptome sollte nach 3 bis 4 Tagen nachlassen und insgesamt maximal 4 Wochen andauern.¹³² Bei längerer Symptombdauer wird von einer akuten Posttraumatischen Belastungsreaktion gesprochen.

Als Indikatoren für die weitere Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wurden peritraumatische Dissoziation¹³³, Stupor, Wahrnehmung der Ereignisse als unvorhersehbar und unkontrollierbar (absolute Ohnmacht sowie Hilfslosigkeit), Selbstaufgabe und das Gefühl des „Eingefroren-Seins“ herausgearbeitet.¹³⁴

4.5.2. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 : F 43.1)

Die für die PTBS typischen Symptome treten mit einer Latenzzeit von mehreren Tagen bis Monaten auf oder entwickeln sich aus einer akuten Belastungsreaktion heraus. In einzelnen Fällen konnte z.B. bei Holocaustüberlebenden ein Ausbruch der PTBS auch nach mehreren Jahren Latenzzeit beobachtet werden.

Die Symptomatik zeigt vier Ebenen:

- Intrusionen - sich aufdrängende und affektiv belastende Erinnerungen und Gedanken, die sich bis zu einem (von den Betroffenen als real wahrgenommenen) Wiedererleben des Traumas steigern (Flashbacks, Nachhallerinnerungen, Alpträume, Bilder, etc.) oder zu partiellen Amnesien führen können.

¹³¹ Dissoziation ist eine Folge psychotraumatischer Abwehr, das Subjekt nimmt als Selbstschutz seine eigene Gespaltenheit in Kauf. (Vgl. Fischer G., Riedesser P., a.a.O., S. 386)

¹³² Vgl. Friedmann A., a.a.O., S. 5-34 sowie Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, URL:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf40.htm> , Zugriff am 4.3.2010

¹³³ Dissoziation während oder unmittelbar nach der traumatischen Situation selbst.

¹³⁴ Vgl. Wöller et al., 2001 zit. in: Lueger-Schuster B., Testpsychologische Diagnostik und Gutachtensfragen nach traumatischen Ereignissen, S. 65-74, in : Friedmann et al., Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung, Springer Verlag, Wien 2004

- Vermeidung - Stimuli jeglicher Art, die mit dem Trauma assoziiert werden, werden (bewusst wie auch unbewusst) vermieden
- *Hyper-Arousal* (Übererregbarkeit) auf psychischer wie vegetativer Ebene – die Reizschwelle der Betroffenen wird überdurchschnittlich schnell überschritten, es kommt zu Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Schreckhaftigkeit, erhöhter Reizbarkeit sowie Affektintoleranz
- Einschränkung des emotionalen Erlebens („emotionale Taubheit“, affektive Schwingungsfähigkeit stark eingeschränkt, sogenanntes *Numbing*) - sozialer Rückzug, innere Teilnahmslosigkeit sowie Interesseverlust.¹³⁵

Bei Traumata im Kindesalter kann es auch zu einer veränderten Symptomatik kommen, beispielsweise wird bei Kindern auch das wiederholte Nachspielen des traumatischen Geschehens beobachtet.¹³⁶

Auch subsyndromale Symptombilder, die das „Vollbild“ der PTBS nicht erfüllen, da z.B. die Ausprägung einer Symptomebene fehlt, sind von klinischer Relevanz. In der Diagnostik zu berücksichtigen sind ebenso andere traumaassoziierte und/oder komorbide Störungen, die dazu führen können, dass PTBS auch übersehen werden können.¹³⁷ Chronifizierte Formen der PTBS können auch in irreversible Persönlichkeitsveränderungen bzw. -verformungen übergehen.¹³⁸

4.5.3. Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung

(ICD 10 : F62.0)

Ausgelöst durch eine *Belastung katastrophalen Ausmaßes*¹³⁹ kann sich eine andauernde Persönlichkeitsveränderung entwickeln. Diese muss differentialdiagnostisch von Persönlichkeitsveränderungen aufgrund von Schädigungen oder Krankheiten des Gehirns sowie von einer posttraumatischen Belastungsstörung (die der Persönlichkeitsveränderung jedoch vorangegangen sein kann) abgegrenzt werden.

¹³⁵ Vgl. Lueger-Schuster B., a.a.O., S.65ff

¹³⁶ Vgl. Lueger-Schuster B., a.a.O., S.66ff

¹³⁷ Vgl. Posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10: F 43.1, Leitlinien psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/051-010.htm>, Zugriff am 5.3.2010

¹³⁸ Vgl. Friedmann A., a.a.O., S. 5-34

¹³⁹ Krollner P., Krollner M., Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. ICD 10 Code, 2010, URL: <http://www.icd-code.de/icd/code/F62.0.html>, Zugriff am 29.4.2010

Die Störung ist andauernd und muss mindestens über einen Zeitraum von 2 Jahren bestehen. Sie (...) *ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet.*¹⁴⁰

Im englischsprachigen Raum werden die Konzepte der Complex PTSD nach Hermann bzw. des DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) im DSM IV verwendet, die ebenfalls die Symptomatik nach Extremtraumata sowie deren zunehmende Komplexität im Laufe eines längeren Chronifizierungsprozesses beschreiben.¹⁴¹

4.6. Gesunde Verarbeitung traumatischer Erlebnisse

*Traumatisiert worden zu sein, ist keine Störung oder Krankheit. Gewalt oder andere körperlich und/oder seelisch lebensbedrohliche Situationen durchlitten zu haben, hat zunächst einmal gar nichts damit zu tun, ob man gesund oder krank ist.*¹⁴²

Eine akute traumatische Reaktion stellt ein normale Reaktion auf ein abnormales Ereignis dar. Im ICD 10 wird eine akute traumatische Belastungsreaktion als *vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche psychische bzw. physische Belastung entwickelt*¹⁴³ definiert. Das traumatische Ereignis ist somit der entscheidende Kausalfaktor für die Symptomentwicklung.¹⁴⁴

Um Traumata erfolgreich bewältigen zu können bedarf es der Annahme des Geschehenen und dessen Integration in die eigene biografische Kontinuität sowie eine Neuorientierung und Entwicklung neuer Perspektiven.

¹⁴⁰ Krollner P., Krollner M., a.a.O.

¹⁴¹ Vgl. BAfF-Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg.), a.a.O., S.39

¹⁴² Huber M., Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1, Junfermann, Paderborn² 2005, S. 111

¹⁴³ Krollner P., Krollner M., a.a.O.

¹⁴⁴ Vgl. Huber M., a.a.O., S. 111

Die Verarbeitung traumatischer Krisen verläuft nach Hausmann in 4 Phasen, die teilweise fließend ineinander übergehen bzw. sich auch abwechseln können:

- Schockphase - Fernhalten der Wirklichkeit, Aufruhr und Aufgewühlt-Sein, Betäubung und/oder unkontrollierte Aktivitäten
- Reaktionsphase - Konfrontation mit Geschehenem unvermeidbar, Versuche der Integration, Gefahr der Chronifizierung
- Bearbeitungsphase - Lösung von Trauma und Vergangenheit, Akzeptanz des Geschehenen, ev. Reframing
- Neuorientierungsphase - Stabilisierung des psychischen Gleichgewichts¹⁴⁵

Der Schritt der schmerzhaften Konfrontation mit dem Geschehenen ist nur möglich, wenn Betroffene die Möglichkeit haben, ein ausreichendes Gefühl der internen wie externen Sicherheit bzw. Stabilität zu entwickeln.

In Bezug auf das Thema der vorliegenden Arbeit sei hier beispielhaft auf die spezielle Situation von AsylwerberInnen hingewiesen. Während eines Asylverfahren bleibt das Bedürfnis nach Sicherheit vielfach unbefriedigt, da meist erst nach langen Wartezeiten geklärt wird, ob der Asylwerber/ die Asylwerberin in Österreich bleiben kann oder nicht.¹⁴⁶

AsylwerberInnen, die vielfach traumatische Erfahrungen machen mussten, empfinden bzw. erleben die Zeit des Asylverfahrens oftmals als andauernde Stresssituation. Eine Konfrontation ist in dieser Zeit nicht möglich, da sie eine Überforderung der individuellen Copingstrategien bedeuten würde.

Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (...) könnte eigentlich erst danach gestellt werden, weil es davor ja nicht wirklich vorbei ist. Und viele davor tatsächlich auch nicht daran leiden, sondern die leiden an akuten Belastungsstörungen, und das über ewige Zeiträume. Relativ oft erleben Menschen dann so eine Art Honeymoon. Nach dem positiven Asylbescheid (...) ist auf einmal alles paletti und dann stürzen sie ab, aber dann ziemlich, weil dann geht es wirklich zurück in das, was der eigentliche Grund war wegzugehen. (...) Und ganz oft ist es einfach so, dass man

¹⁴⁵ Vgl. Hausmann C., Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. 2Auflage, Facultas, Wien 2003, S. 21

¹⁴⁶ Vgl. IP 3, Zeilen 115f, 317ff

eigentlich erst da in einen wirklichen Prozess der Aufarbeitung, der Traumabearbeitung (...) einsteigen kann., schildert Dr.ⁱⁿ Preitler.¹⁴⁷ Mit einem positiven Asylbescheid können durch das abrupte Ende der Stresssituation Asylverfahren zuvor überlagerte bzw. verdeckte Erinnerungen und Emotionen wieder aktuell bzw. manifest werden.¹⁴⁸

4.7. Traumatisierung im Kontext von Flucht

Wenn es um die Traumatisierung von geflüchteten Menschen geht, ist auch die Frage nach dem zeitlichen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Flucht von Relevanz. Im Folgenden soll hierüber ein grober Überblick gegeben werden, nähere Ausführungen finden sich bei Gröschel in „Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration. Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen“.

Es kann unterschieden werden zwischen

- Traumatischen Erfahrungen als Auslöser der Flucht: Hierzu zählen beispielsweise sexualisierte Gewalt, die im Kontext von Kriegen bzw. Bürgerkriegen regelhaft auftritt, Folter, Bürgerkriegs- und Kriegsszenarien, etc.
- Traumatisierung durch die Flucht: Durch Erlebnisse und Erfahrungen während der Flucht kann es ebenso zu einer Traumatisierung kommen bzw. kann *diese zusätzlich zu bereits vorhandenen Traumata wirken*¹⁴⁹. Der Transport per se kann traumatisierend sein, negative Erfahrungen mit BeamtInnen in Transitländern sowie Schleppern, der Verlust naher Angehöriger bzw. Menschen, mit denen man gemeinsam geflüchtet war, sowie *schlechte Lebensbedingungen und Gewalt in Flüchtlingslagern*.¹⁵⁰
- (Re-)Traumatisierung durch die Situation im Zielland: Verschiedene Faktoren im Zielland bzw. in dem Land, in dem Flüchtlinge „stranden“, können eine erstmalige oder zusätzliche Traumatisierung auslösen. Die oft über lange Zeiträume hinweg erlebte Unsicherheit, ob die Betroffenen bleiben können bzw. drohende Abschiebungen lösen mitunter massive Zukunftsängste aus. Zudem ist

¹⁴⁷ Interview Dr.ⁱⁿ Preitler, Zeilen 185ff

¹⁴⁸ Vgl. eigene Mitschrift, Preitler B., Psychotherapeutin bei HEMAYAT – Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende, Schulung „Flucht und Trauma“ im Rahmen der Fortbildungsreihe der Asylkoordination Österreich, Wien 24.10.2008

¹⁴⁹ Gröschel C., a.a.O., S.29

¹⁵⁰ Ebd. S. 30

von den Betroffenen eine ständige Anpassungsleistung an die Lebensbedingungen in Transit- bzw. im Zielland gefordert.¹⁵¹ Aus den Interviews geht weiters hervor, dass insbesondere (fremden-)polizeiliche Maßnahmen wie Hausdurchsuchungen, Schubhaft, etc. ebenso als traumatisierend erlebt werden können.¹⁵²

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Flucht aus einem Land, in dem die betroffene Person traumatische Erfahrungen machen musste, quasi als Befreiung bzw. Wiedergewinn eines Gefühles von Sicherheit und Stabilität empfunden werden kann. Ebenso kann die Flucht selbst sowie die Situation in Transit bzw. Aufnahmeländern auch erneute bzw. weitere Traumatisierung bedeuten.

Von Bedeutung sind hier die persönliche Geschichte der geflohenen Personen sowie die jeweiligen Gegebenheiten und Bedingungen im Aufnahmeland, da diese das Auftreten bzw. Persistieren von Traumafolgeerkrankungen maßgeblich beeinflussen können.¹⁵³

¹⁵¹ Vgl. Gröschel C., a.a.O., S.30

¹⁵² Hierzu mehr im Rahmen des empirischen Teils der Arbeit auf Seite 94

¹⁵³ Vgl. Gröschel, a.a.O. S.30 und S.39

5. Sekundäre Traumatisierung

5.1. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen hinterlässt Spuren bei den HelferInnen

Allgemein wird unter Sekundärer (bzw. indirekter) Traumatisierung eine Traumatisierung von Menschen verstanden, die mit primär Traumatisierten in Kontakt sind, denen sie helfen bzw. helfen möchten. Wie bei der primären Traumatisierung kann auch sie sich zu einer Krankheit entwickeln, der sogenannten *Sekundären Traumatischen Belastungsstörung*.

Dies kann neben Angehörigen bzw. FreundInnen von primär traumatisierten Menschen auch professionelle HelferInnen betreffen.¹⁵⁴ Das folgende Kapitel bezieht sich im Hinblick auf das Thema der vorliegenden Arbeit ausschließlich auf Sekundäre Traumatisierung im Kontext professioneller Hilfe.

Die Arbeit und Begegnung mit traumatisierten Menschen, die Konfrontation und Auseinandersetzung mit deren Traumata und deren diesbezüglichem Erleben geht nicht spurlos an den HelferInnen vorüber. Das für die helfende zwischenmenschliche Interaktion notwendige affektive Mitschwingen kann sich nicht nur positiv auswirken sondern auch zu Verletzungen der HelferInnen führen.¹⁵⁵

Die Verletzlichkeit der HelferInnen selbst galt lange Zeit als Tabu, obwohl fast alle, die in diesem Bereich arbeiten, früher oder später an sich bemerken, dass sie an ihre eigenen Grenzen kommen bzw. dass diese sich aufzulösen drohen.¹⁵⁶

Daniels beschreibt Sekundäre Traumatisierungen als *Traumatisierungen, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas und mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entstehen*.¹⁵⁷

¹⁵⁴ Vgl. Lemke J., Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung, Asanger Verlag, Kröning² 2008, S.14ff

¹⁵⁵ Vgl. Frey C., Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden, S.233-255, in: Maier T., Schnyder U. (Hrsg.), Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoffern. Ein praktisches Handbuch, Verlag Hans Huber, Bern 2007, S.235

¹⁵⁶ Vgl. Pross C., Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2009, S. 11ff, 240

¹⁵⁷ Daniels J., Sekundäre Traumatisierung- kritische Prüfung eines Konstruktes anhand einer explorativen Studie, Diplomarbeit Universität Bielefeld, 2003, zit. in : Daniels J., Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung, Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, o.a.O. Ausgabe 3/2007, S.2

Sie ist gekennzeichnet durch psychologische, kognitive sowie interpersonelle Indikatoren wie in Anlehnung an Dutton und Rubinstein im Folgenden dargestellt.¹⁵⁸

Zu den psychologischen Indikatoren zählen *eine Fülle von belastenden Gefühlen, ausgelöst durch die indirekte Begegnung mit den traumatischen Erlebnissen eines anderen Menschen: Entsetzen, Wut, Angst, Scham, Trauer, Depression.*¹⁵⁹

Hinzu können psychosomatische Symptome wie starke Unruhe, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, etc. kommen.

Erinnerungsbilder des Ereignisses, beruhend auf Schilderungen der primären Opfer, können für die betroffenen HelferInnen unkontrollierbar bzw. im Zusammenhang mit traumarelevanten Stimuli immer wieder auftauchen, ähnlich wie dies bei Intrusionen im Rahmen einer PTBS¹⁶⁰ auftreten kann¹⁶¹. Deren Abwehr bzw. der Versuch diese abzuwehren können zu Vermeidungsverhalten sowie Abstumpfung führen.¹⁶²

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die verschiedenen Symptomebenen einer primären Traumatisierung bzw. PTBS, auch bei sekundär Betroffenen zu beobachten sein können.

Dr.ⁱⁿ Preitler erzählte im Rahmen des Interviews von einer eigenen Erfahrung, die ein lebendiges Beispiele für die Übernahme von somatischen Symptomen bietet:

Da haben wir einen Patienten gehabt, der hat einen sehr komplizierten, nicht behandelten Armbruch gehabt. (...) Er war nicht versichert, also bis wir das mit der Operationen, die dringend notwendig war, auf die Reihe gekriegt haben, das hat lange gedauert. Und ich habe in der Zeit so ein dumpfes Gefühl im Arm gekriegt und habe dann einmal (zu) unserem Arzt (...) gesagt: Schau mir meinen Arm an, was ist da.

*Und, da hat er so nichts gemerkt. Dann sagt er: Aber das ist gleich wie bei dem (Patienten), ja. Also sie berühren einen manchmal so, dass man sogar die Schmerzen übernimmt, die sie haben.*¹⁶³

¹⁵⁸ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.14

¹⁵⁹ Ebd. S.14

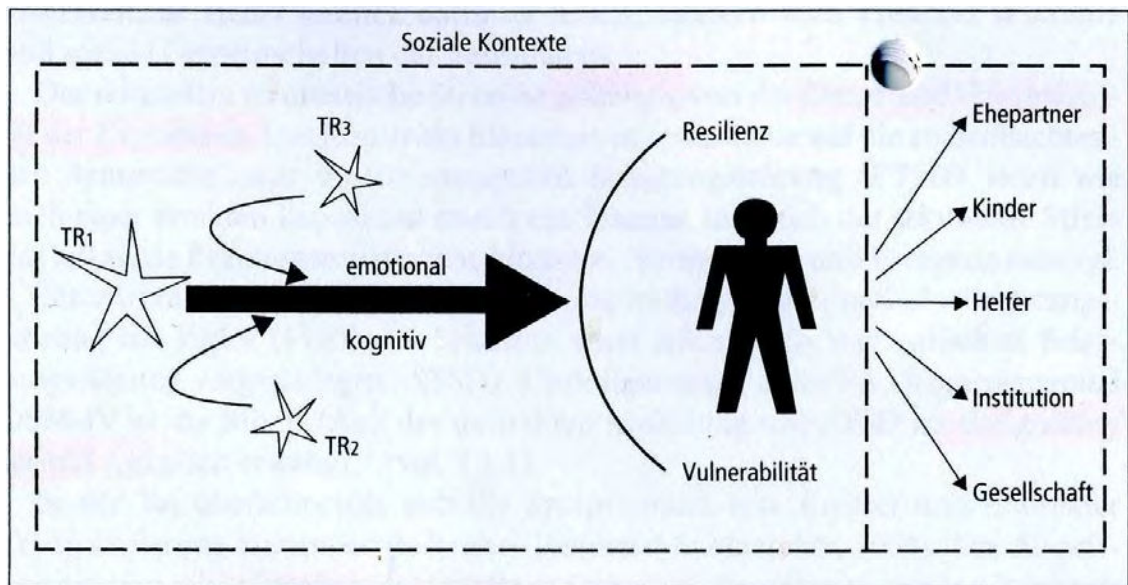
¹⁶⁰ PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung

¹⁶¹ Die Symptome einer PTBS, insbesondere Intrusionen, werden auf Seite 51f beschrieben

¹⁶² Vgl. Lemke J., a.a.O., S.14

¹⁶³ Dr.ⁱⁿ Preitler, Zeilen 320ff

Verletzungen der HelferInnen betreffen nicht nur jene selbst, sondern haben Auswirkungen auf alle interpersonellen Beziehungen des/der Betroffenen, d.h. das persönliche Umfeld, das gesamte Team bzw. KlientInnen. Sie haben also unweigerlich auch - vorwiegend negative bzw. die professionelle Arbeit erschwerende - Rückwirkungen auf die Arbeit mit den KlientInnen selbst.¹⁶⁴



(Stellvertretende Traumatisierung, Frey C., 2001, Abb.2)

Der Fokus psychotraumatologischer Forschung lag anfangs vorwiegend bei primär traumatisierten PatientInnen/KlientInnen. In den vergangenen Jahrzehnten fand jedoch in verschiedenen helfenden Berufen eine Auseinandersetzung mit möglichen negativen Auswirkungen und Risiken des eigenen Berufs statt. Burnout war eines der Phänomene, die (nicht nur) im Kontext psychosozialer Berufe näher beleuchtet wurden. Bei TherapeutInnen, die mit traumatisierten Menschen arbeite(te)n wurden jedoch auch Phänomene entdeckt, die über die Symptome bzw. Anzeichen eines Burnouts hinausgingen und von McCann und Pearlman erstmals 1990 als *Vicarious Traumatization* bezeichnet wurden.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Vgl. Pross C., a.a.O., S. 11ff

¹⁶⁵ Vgl. Ebd. S.232

Die Forschung zur Sekundären Traumatisierung als Teilgebiet der Psychotraumatologie-Forschung begann demnach in den 1990er Jahren in den USA, erste deutschsprachige Publikationen¹⁶⁶ gab es rund 10 Jahre später.¹⁶⁷

Seitdem setzen sich ForscherInnen und Angehörige verschiedener psychosozialer Professionen mit sogenannten übertragenen oder sekundären Traumatisierungen der HelferInnen selbst auseinander. In der deutsch- sowie englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur gibt es bis dato keine einheitliche Definition bzw. kein allgemein anerkanntes Konzept des Phänomens, viel mehr gibt es eine Vielzahl von Theorien und Ausdrücken.

Der Begriff wird nach wie vor - sogar von PsychotraumatologInnen - mitunter auch in einem ganz anderen Kontext bzw. Sinn verwendet.

So wird Sekundäre Traumatisierung z.B. von Schmitt als die Folge einer Fehlbehandlung primär traumatisierter KlientInnen beschrieben. In einer anderen Forschungsarbeit von Kinzie, Boehnlein, Riley und Sparr zu den Auswirkungen der Geschehnisse des 11.September auf bereits primär traumatisierte Flüchtlinge in den USA wurde der Begriff gewählt, um das Wiederbetroffenwerden der Opfer zu bezeichnen.¹⁶⁸

In der Forschung rund um den Themenkreis Psychotraumatologie wird unter Sekundärer Traumatisierung jedoch eine Betroffenheit gemeint, in der primär Traumatisierte und der sekundär Betroffene verschiedene Personen sind. In soeben genannten Fällen wäre es demnach sinnvoll, von Retraumatisierung bzw. Wiederholungstraumatisierung zu sprechen.¹⁶⁹

Der Psychotherapeut Jürgen Lemke¹⁷⁰ hat der Klärung von Begriffen und Konzepten zum Themenkomplex der Mittraumatisierung eine eigene Forschungsarbeit gewidmet.

¹⁶⁶ Gemeint sind eigenständige Publikationen deutschsprachiger AutorInnen und nicht Übersetzungen englischsprachiger Werke.

¹⁶⁷ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.28ff

¹⁶⁸ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.48ff

¹⁶⁹ Vgl. Ebd. S. 48ff

¹⁷⁰ Diplomierter Supervisor, Pädagoge und Psychotherapeut; Lehrtherapeut und – supervisor; Lehrtätigkeit u.a. an der Donauuniversität Krems (Vgl. Selbstvorstellung des Autors in Lemke J., a.a.O., S.143)

Allein in der Forschungsliteratur (deutsch- sowie englischsprachig) konnte er über zwanzig alternative Begriffe verorten, wobei einige synonym verwendet werden können, andere sich jedoch auf einzelne Aspekte oder Phasen Sekundärer Traumatisierung¹⁷¹ beziehen.

Mit dem Ziel klare Definitionen für eine kumulative d.h. aufeinander aufbauende Forschungsentwicklung zu erarbeiten, systematisiert er vorhandene Begriffe und sortiert metaphorische, Vorläufer- und synonyme Begriffe sowie Konzepte aus, die sich nur mit einem Teilaspekt beschäftigen oder ein wesentlich weiteres Bedeutungsumfeld haben.

Im Detail beschäftigt er sich mit 5 Kernbegriffen der Sekundären Traumatisierung, vergleicht sie systematisch, um Überschneidungen und Unterschiede zu lokalisieren und arbeitet so heraus, inwiefern sie als Basis für weitere Forschung geeignet sind. Auf jene Begriffe und deren Systematisierung soll auch im Folgenden eingegangen werden.¹⁷²

5.2. Kernbegriffe der Sekundären Traumatisierung

5.2.1. Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD)

Die Symptomdefinition der Posttraumatischen Belastungsstörung, welche die American Psychiatric Association in der vierten und aktuellen Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)* vorgenommen hat, bildet die Basis für sämtliche Forschung auf diesem Gebiet. Im Ereigniskriterium A1 der genannten Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung, in der es um mögliche Auslöser der PTBS geht, wird die indirekte Auslösung einer PTBS durch den Kontakt zu den primär Traumatisierten explizit angeführt. Nach dieser Definition wäre jede Sekundäre Traumafolgestörung somit ebenfalls eine Form der PTBS.¹⁷³

Charles Figley¹⁷⁴ hat bei einer Gegenüberstellung der Symptome der PTBS mit denen der STSD folgende Unterschiede herausgearbeitet:

- Auf der Ebene des traumaauslösenden Stressors : Der Stressor stellte nicht eine

¹⁷¹ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.17ff

¹⁷² Vgl. Lemke J., a.a.O., S. 36-47

¹⁷³ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.51ff

¹⁷⁴ Universitätsprofessor für Psychologie mit Spezialgebiet Psychotraumatologie, Ph.D., in Tulane, USA, Vgl. Homepage von Charles Figley, URL: <http://sites.google.com/site/charlesfigley/>, Zugriff am 14.9.2010

schwere Bedrohung der eigenen sondern der primär mit dem Trauma konfrontierten Person dar und wirkt sich zerstörerisch auf die gewohnte Umgebung dieser aus. Durch direkten Kontakt mit der primär traumatisierten Person kommt es jedoch zu Miterleben bzw. ZeugInnenschaft.

- Auf der Ebene des Wiedererlebens traumatischer Ereignisse : Es kommt zum plötzlichen Wiedererinnern des Erlebnisses der primär traumatisierten Person bzw. zu Träumen über dieses Ereignis. Das Wiedererinnern wird als belastend empfunden.
- Auf den Ebenen des Vermeidens, der Betäubung sowie der Unterdrückung von Erinnerungen unterscheiden sich die Symptome nicht.
- Auf der Ebene der anhaltend starken Erregung: Der Grund für die Hypervigilanz liegt nicht in der Sorge um die eigene Sicherheit, sondern um die der primär traumatisierten Person.¹⁷⁵

Strittig bleibt jedoch, inwiefern es zwischen direkten und indirekten Traumafolgestörungen zu Unterschieden in der *Symptomkombination, der Symptomexpression, den Symptomschwerpunkten oder der Symptumdauer*¹⁷⁶ kommt.

Zweifel wurden insbesondere daran gehegt, ob die Intensität einer primären (das eigene Erfahren bzw. Erleben eines Traumas) mit der einer Sekundären Traumatisierung (das Erfahren von dieser Erfahrung) verglichen werden könne, weshalb z.B. Lerias und Byrne zu dem Schluss kommen, dass eine Unterscheidung durchaus sinnvoll ist.¹⁷⁷

Auch bisherige Forschungsergebnisse deuten auf eine Unterscheidung der beiden Phänomene hin. Eine Sekundäre Traumafolgestörung wird in der Regel nicht derart plötzlich ausgelöst wie eine primäre Traumatisierung, sondern entwickelt sich abhängig von Intensität und Dauer der Traumaexposition meist schleichend. Bei primär Traumatisierten, wie z.B. traumatisierten Flüchtlingen, sind zudem meist sämtliche Lebensbereiche betroffen.

Eine eigenständige Bezeichnung für sekundäre Betroffenheit würde demnach nicht die

¹⁷⁵ Vgl. Figley C.R., Mitgefühlerschöpfung. Der Preis des Helfens, in: Hudnall-Stamm B. (Hrsg.), Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können, Junfermann Verlag, Paderborn 2002, S.41-59

¹⁷⁶ Lemke J., a.a.O., S.55

¹⁷⁷ Vgl. Lemke J., a.a.O.,S.55ff

Schmerzhaftigkeit sekundären Trauma-Erlebens bestreiten, sondern lediglich Unterschiede zwischen primären und sekundären Traumafolgesymptomen verdeutlichen.¹⁷⁸

Lemke schlägt im Hinblick darauf vor, den Terminus *Secondary Traumatic Stress Disorder* auf *Secondary Traumatic Stress* zu reduzieren.¹⁷⁹

5.2.2. Compassion Fatigue (C. R. Figley)

Charles Figley forscht und publiziert seit mittlerweile mehreren Jahrzehnten in Zusammenhang mit dem Phänomen Sekundärer Traumafolgestörungen, wobei verschiedene Begriffe und Konzepte aus diesem Spektrum auf ihn zurück gehen.

Am bekanntesten ist das von ihm geprägte Konzept der *Compassion Fatigue*, ins Deutsche als „Mitgefühlerschöpfung“ übersetzt. Figley wählte diese Bezeichnung, da er sich von pathologisierenden Bezeichnungen wie z.B. *Secondary Traumatic Stress Disorder* abgrenzen wollte.¹⁸⁰ *Compassion Fatigue* stellt für Figley eine *natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen* dar¹⁸¹.

Er beschreibt, dass es in erster Folge durch die Konfrontation mit traumatisierten Menschen und ihrem Leid zu *Compassion Stress* komme (den er als eine Form des Burnout beschreibt).

Für die Entwicklung einer *Compassion Fatigue* postuliert er weiters folgende Faktoren:

- Direkte Konfrontation mit den Inhalten der Traumata der primär Traumatisierten
- Empathiefähigkeit
- Eigene unverarbeitete Traumata
- Empfänglichkeit für emotionale „Ansteckung“
- Grad der Sicherheit und Stabilität im eigenen Leben

¹⁷⁸ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.57f

¹⁷⁹ Vgl. Ebd., S.113

¹⁸⁰ Vgl. Ebd., S. 58ff

¹⁸¹ Figley C.R., Mitgefühlerschöpfung. Der Preis des Helfens, in: Hudnall-Stamm B. (Hrsg.), a.a.O., S.47

An der Arbeit von Figley sind insbesondere zwei Punkte umstritten:

Einerseits wird der Begriff der *Compassion Fatigue* anders als Fachtermini wie z.B. *Secondary Traumatic Stress Disorder* auch im allgemeinsprachlichen Sinn verwendet und damit bis zu einem gewissen Grad verwässert; andererseits gelang Figley bis dato keine eindeutige Abgrenzung¹⁸² von dem Phänomen des Burnouts¹⁸³.

Figley selbst argumentierte, bei *Compassion Fatigue* handle es sich um eine andere Bezeichnung für Sekundäre Traumatisierung. Lemke stellt die Frage, inwiefern ein weiterer Begriff, der schmerzvolle Symptome beschönigt und zudem über keine klare Symptomdefinition verfügt, für die weitere Forschung zu der Thematik tatsächlich notwendig ist.¹⁸⁴

5.2.3. Vicarious Traumatization bzw. Stellvertretende Traumatisierung (I.L.McCann¹⁸⁵, L.A. Pearlman¹⁸⁶, K.W. Saakvitne¹⁸⁷ & Team)

Das Konzept der Stellvertretenden Traumatisierung greift weiter und tiefer als das der Sekundären Traumatisierung und thematisiert insbesondere die kognitiven Auswirkungen der indirekten Traumakonfrontation.

Pearlman und Saakvitne sprechen von tiefgreifenden Veränderungen hinsichtlich der Identität, der Beziehung zu sich selbst und zu anderen, der Wahrnehmung und der Sicht der Welt sowie des Sinns des Lebens des betroffenen Therapeuten/der betroffenen Therapeutin, die sich im beruflichen wie privaten Umfeld auswirken.

Wie bei einem primären Trauma würden die drei Grundannahmen zu sich und zur Welt tief erschüttert: eine positive Selbstsicht, der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit und der Glaube an eine sinnvolle und geordnete Welt.

¹⁸² Vgl. Lemke J., a.a.O., S.67ff

¹⁸³ Emotionale Erschöpfung wird auch als eines der Kernmerkmale von Burnout beschrieben, siehe Unterkapitel „Abgrenzung von dem Phänomen Burnout“

¹⁸⁴ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.113f

¹⁸⁵ I. Lisa McCann, Ph.D. in Klinischer Psychologie, Mitbegründerin des *Traumatic Stress Institute* in Windsor, tätig als Traumatherapeutin in New York, Vgl. „Mental Health Professionals“ Homepage, URL: <http://www.mhw.com/I.-Lisa-McCann-PhD.html>, Zugriff am 20.9.2010

¹⁸⁶ Laurie Anne Pearlman, Ph.D. in Klinischer Psychologie, Mitbegründerin des *Traumatic Stress Institute* in Windsor und des *Trauma Research, Education, and Training Institute*, USA, Vgl. Homepage des Headington Institute, Rubrik Staff, URL: <http://www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=1289>, Zugriff am, 14.9.2010

¹⁸⁷ Karen W. Saakvitne, PH.D. in Klinischer Psychologie, ehem. Klinische Direktorin im *Traumatic Stress Institute* in South Windsor/USA, aktuell tätig als Traumatherapeutin und Beraterin, Vgl. Curriculum Vitae von Karen W.Saakvitne, URL: www.riskingconnection.com/rc_pdfs/Saakvitne-1.pdf, Zugriff am 20.9.2010

Diese Erschütterung wiederum kann sich negativ auf die Selbststeuerungsfähigkeiten der Betroffenen auswirken. Des Weiteren wird auch auf die Auswirkungen von Traumata auf die Spiritualität primär sowie sekundär Traumatisierter eingegangen.

Anhand einer Vielzahl von Fallberichten und Beobachtungen des Forschungsteams wurden Messinstrumente für die beschriebenen Symptome entwickelt. Bisherige Studien bestätigten größtenteils die Annahmen der AutorInnen mit Ausnahme der postulierten Auswirkungen einer stellvertretenden Traumatisierung auf die Spiritualität.

Die AutorInnen beziehen sich in verschiedenen Publikationen explizit auf die psychotherapeutische Arbeit mit Trauma-Opfern, weshalb sich die Frage stellt, inwiefern der Begriff auch auf andere Professionen bzw. Tätigkeitsfelder angewandt werden kann.¹⁸⁸

Die Kriterien für eine Diagnose sind äußerst umfassend, sodass leichtere Formen bzw. nicht alle Bedingungen erfüllende (d.h. subsyndromale) Symptombilder durch das Konzept nicht erfasst werden können. Lemke plädiert an dieser Stelle für die Unterscheidung in leichte sowie schwere Formen der stellvertretenden Traumatisierung.¹⁸⁹

5.2.4. Gegenübertragung

Der Begriff der Gegenübertragung geht auf Sigmund Freud zurück und ist im Laufe der Geschichte der Psychoanalyse unterschiedlich bewertet worden - einerseits als Gefahr und Hindernis in der psychoanalytischen Behandlung, andererseits auch als wichtiges Instrument in der analytischen Beziehung.

In der klassischen Psychoanalyse beschreibt Übertragung die Wiederbelebung erlebter, jedoch unbewusster Beziehungserfahrungen aus der Vergangenheit des Patienten/der Patientin in der Beziehung zu dem Analytiker/der Analytikerin. Gegenübertragung bezeichnet die unbewusste Reaktion des Analytikers/der Analytikerin auf die Übertragung des Patienten/der Patientin, wobei neurotische Anteile sowie eigene Kindheitstraumata des Therapeuten/der Therapeutin eine wesentliche Rolle spielen.

Nicht nur die Bewertung der Gegenübertragung hat sich im Laufe des letzten

¹⁸⁸ Lemke J., a.a.O., S.68-76

¹⁸⁹ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.113

Jahrhunderts gewandelt, sondern auch deren Definition. Der klassisch-psychoanalytischen Beschreibung stehen heute auch wesentlich umfassendere gegenüber, die klar die Relevanz des Begriffes im Hinblick auf den Themenkomplex der Sekundären Traumatisierung aufzeigen: *Der Begriff der Gegenübertragung thematisiert das Einbezogensein des Therapeuten mit seinen eigenen Reaktions=tendenzen und insbesondere auch mit seinen unbewussten Anteilen in die Dynamik des therapeutischen Prozesses.*¹⁹⁰

Die von Clarkson und Nuttal (2000) stammende Differenzierung in reaktive bzw. proaktive Gegenübertragung lässt ebenso deutlich erkennen, ob bzw. welche Form der Gegenübertragung in Zusammenhang mit Sekundärer Traumatisierung steht.

Die proaktive Gegenübertragung beschreibt jene Emotionen, Fantasien und physische Erfahrungen des Therapeuten/der Therapeutin, die primär auf eigene unbearbeitete Teile der Vergangenheit bzw. der Gegenwart zurückzuführen sind. Die reaktive Gegenübertragung bezieht sich hingegen auf Emotionen, Gedanken, Fantasien und Körpererfahrungen, die durch den Klienten/die Klientin hervorgerufen werden bzw. durch die Themen und die Art und Weise, wie diese kommuniziert werden. Weiters wird zwischen konkordanter¹⁹¹ und komplementärer¹⁹² Gegenübertragung unterschieden, wobei eine Sekundäre Traumatisierung mit einer reaktiven konkordanten Gegenübertragung gleichzusetzen wäre.

Die Verwendung des Begriffes der Gegenübertragung im Kontext der Erforschung Sekundärer Traumafolgestörungen erscheint nur wenig sinnvoll, da es sich nur um eine spezielle Form der Gegenübertragung handelt, die mit Sekundärer Traumatisierung korreliert. Der Begriff der reaktiven konkordanten Gegenübertragung vermag auch nicht die Intensität und volle Symptomatik einer Sekundären Traumatisierung zu fassen. Eine eigenständige Begrifflichkeit scheint hier sinnvoll um auch eine mögliche pathologische Entwicklung (z.B. *Secondary Traumatic Stress*) miteinbeziehen zu können.¹⁹³

¹⁹⁰ Stirn A., Gegenübertragung, in: Psychotherapeut, Vol. 47 Nr. 1, 2002, S.48-58, zit. in: Lemke J., Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung, Asanger Verlag, Kröning² 2008, S.82

¹⁹¹ Die Gefühle des Therapeuten/der Therapeutin entsprechen jenen des Patienten/der Patientin, d.h. wenn der Patient/die Patientin leidet, leidet der Therapeut/ die Therapeutin auch.

¹⁹² Die Gefühle des Therapeuten/der Therapeutin entsprechen der Rolle eines inneren Objektes des Patienten/ der Patientin, d.h. dissoziierte oder verleugnete Erfahrungen bzw. Erleben sowie Phantasien des Patienten/ der Patientin werden übernommen.

¹⁹³ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.81-100

5.2.5. Abgrenzung von dem Phänomen Burnout

An dieser Stelle kann nicht detailliert auf das Krankheitsbild Burnout eingegangen werden, da es den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde und für die konkrete Forschungsfrage nur eingeschränkt relevant ist. Im Folgenden soll deshalb nur auf die wichtigsten Abgrenzungsmerkmale zur Sekundären Traumatisierung eingegangen werden. Für eine detaillierte Auseinandersetzung zum Thema Burnout im Kontext der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen sei hier auf Michaela Breitwieser verwiesen.¹⁹⁴

Für das Phänomen des Burnout gibt es keine standardisierte Definition, überwiegend wird jedoch die im *Maslach Burnout Inventory* (MBI, Messinstrument) operationale Definition verwendet.

Burnout wird als berufsbedingtes Belastungssyndrom beschrieben, das durch emotionale Erschöpfung, eine pessimistische, zynische und unpersönliche Einstellung hinsichtlich des Arbeitsfeldes (inklusive der AdressatInnen) sowie reduzierte Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist. Burnout kann Menschen in allen belastenden Tätigkeitsbereichen, ob beruflich oder privat, betreffen.¹⁹⁵

Anhand dieser Beschreibung können mehrere Unterscheidungsmerkmale herausgearbeitet werden:

- Um an Burnout zu erkranken bzw. dementsprechende Symptome zu entwickeln bedarf es weder des Kontaktes mit primär traumatisierten KlientInnen noch des Kontaktes mit KlientInnen generell.
- Das Trauma, das die primäre Traumatisierung und indirekt die Sekundäre Traumatisierung auslöst, fehlt bzw. ist für die Entstehung eines Burnout nicht notwendig. Ein Großteil der bei Sekundärer Traumatisierung auftretenden Symptome, die auf das Trauma des Klienten/der Klientin rekurrieren, sind im Konzept des Burnout ebenso nicht inkludiert.
- Institutionelle und organisatorische Faktoren spielen eine größere Rolle als klientInnenbezogene Faktoren.¹⁹⁶

¹⁹⁴ Breitwieser M., Belastung und Burnout-Risiko für SozialarbeiterInnen in der Flüchtlingssozialarbeit, Diplomarbeit an der Akademie für Sozialarbeit der Stadt Wien 2004

¹⁹⁵ Vgl. Lemke J., a.a.O., S.77ff

¹⁹⁶ Vgl. Smith A.J.M., Klein W.C., Stevens J.A., Die posttraumatische Belastungsstörung: Betriebsrisiko für Therapeuten? Eine Studie zur Arbeitsbelastung bei Traumatherapeuten, Tijdschrift voor Psychiatrie, 43, 2001, S.7-19, zit. in: Pross C., a.a.O., S.237

In der konkreten Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen können sich beide Phänomene auch überschneiden bzw. zur selben Zeit auftreten, wobei in diesem Fall von einer gegenseitigen Verstärkung ausgegangen werden muss.¹⁹⁷

5.3. Aktuelle Studien und Forschung

Nach der Auseinandersetzung mit verschiedenen Konzepten zum Themenkreis der Sekundären Traumatisierung soll nun auf ausgewählte aktuelle Studien und Forschung eingegangen, sowie deren Relevanz für die vorliegende Arbeit herausgearbeitet werden. Im Zuge der Recherche für diese Arbeit konnten keine empirischen Untersuchungen gefunden werden, die sich explizit mit Sekundärer Traumatisierung bei SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen auseinandersetzen. Die im Folgenden vorgestellten Studien sind jedoch auf die Situation Sozialarbeitender umlegbar.

5.3.1. Gurriss N., Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen

Die von Norbert Gurriss durchgeführte quantitative Studie an 100 TraumatherapeutInnen aus 23 Behandlungseinrichtungen für traumatisierte Flüchtlinge im deutschsprachigen Raum untersuchte das Risiko, an Burnout bzw. einer Sekundären Traumatisierung zu erkranken.¹⁹⁸ Sekundäre Traumafolgestörungen beschreibt er hierbei als Belastungen, *die durch das Wissen über ein traumatisches Ereignis ausgelöst werden, das einer anderen Person widerfährt oder widerfahren ist.*¹⁹⁹

In der Studie wurde nachgewiesen, dass die TherapeutInnen ein hohes Risiko für *Compassion Fatigue* (37%) bzw. für Burnout (36%) zeigten. Die ProbandInnen wiesen Symptome aus dem Spektrum der PTSD auf und können somit als in erheblichem Ausmaß stellvertretend traumatisiert angesehen werden. Emotionen wie Ohnmachtsgefühle, Wut, Ärger und Hilflosigkeit wurden von der Hälfte der Interviewten beschrieben, ein Drittel kannte Symptome wie Unruhe, Erregung, Reizbarkeit, Hypervigilanz, Vermeidung und Resignation.

¹⁹⁷ Vgl. Interview 5 mit Dr.ⁱⁿ Barbara Preitler, Zeilen 419ff

¹⁹⁸ Vgl. Gurriss N., a.a.O., zit.in Pross C., a.a.O., S.233ff

¹⁹⁹ Gurriss N., a.a.O., zit. in: Frey C., Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden, in: Maier T., Schnyder U. (Hrsg.), Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoptionen. Ein praktisches Handbuch, Verlag Hans Huber, Bern 2007

Weiters berichteten 17% von Alpträumen und 23% von Risikoverhalten und 21% von Somatisierungsstörungen (Symptome, die auch im Rahmen einer Complex PTSD²⁰⁰ beschrieben werden). Die Belastungen der TherapeutInnen sind nach Gurriss folgenden Faktoren zuzuschreiben:

- Extreme Traumaerfahrungen der PatientInnen
- die als belastend bzw. traumatisierend erlebte Aufenthaltssituation der Klientel
- Team-, Leitungs- und Trägerkonflikte
- Geringe Erfolge in der konkreten Traumaarbeit mit den PatientInnen²⁰¹

Obwohl diese Studie auf die konkrete Arbeit von TraumatherapeutInnen fokussiert, können die genannten Faktoren auch im Rahmen Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen zum Tragen kommen:

- Auch Sozialarbeitende kommen mit den Traumata, die ihre KlientInnen erlebt haben, in Berührung²⁰² wenn auch teilweise in anderer Form als bei einem therapeutischen Setting.
- Die oftmals schwierige aufenthaltsrechtliche Situation der KlientInnen prägt auch Soziale Arbeit mit Flüchtlingen, insbesondere da Sozialarbeitende z.B. in der sozialpädagogischen Wohnbetreuung wesentlich näher am Alltagsleben der KlientInnen „dran sind“.
- Team-, Leitungs- und Trägerkonflikte sind prinzipiell in allen Einrichtungen möglich und können sich belastend auf die Situation der einzelnen MitarbeiterInnen auswirken
- Auch wenn Sozialarbeitende selbst keine Traumatherapie durchführen, so erleben sie dennoch mit
 - dass KlientInnen oftmals über lange Zeiträume an den Folgen erlittener Traumata leiden,
 - die Wiedererlangung innerer wie äußerer Sicherheit gestaltet sich als äußerst schwierig, da sich äußere Rahmenbedingungen wie z.B. ein unsichere Aufenthaltssituation als hinderlich erweisen. Innere sowie äußere Sicherheit bilden jedoch die Basis für eine Traumabearbeitung bzw. in weiterer Folge für

²⁰⁰ Vergleiche hierzu Seite 52f

²⁰¹ Vgl. Gurriss N., a.a.O., zit.in Pross C., a.a.O., S.233ff

²⁰² Hierauf wird im Rahmen der empirischen Forschung auf Seite 96ff näher eingegangen.

die Integration des Geschehenen in die eigene biografische Kontinuität und die Entwicklung von Zukunftsperspektiven.

- dass KlientInnen andere Symptombilder wie z.B. Depressionen bzw. Somatisierungen entwickeln.
- dass sich überdies die Lebensbedingungen z.B. in Heimen für AsylwerberInnen in Kombination mit der oftmals langen Dauer von Asylverfahren generell negativ auf die psychische Verfassung der KlientInnen auswirken.²⁰³

5.3.2. Daniels J., Studie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen

Die Psychologin Judith Daniels führte eine qualitativ-explorative sowie leitfadengestützte Interviewstudie mit 21 TraumatherapeutInnen durch, um die Überschneidungen bzw. Differenzen der PTBS-Symptomatik und der der Sekundären Traumatisierung zu erschließen.²⁰⁴

Sie konnte folgende parallele Symptome bzw. Symptomcluster herausarbeiten:

- Hyperarousal - überdauernde Angstsymptome bzw. Anzeichen für ein permanent erhöhtes Erregungslevel
- Vermeidungsverhalten - traumarelevante Stimuli werden gemieden, Abflachung der allgemeinen Reaktionsfähigkeit bei Stimulus-Einwirkung, Interessensverlust bis hin zur Entfremdung
- Intrusionen - am häufigsten wurde bildhaftes Wiedererleben des Traumas genannt, wobei sich TherapeutInnen im Wachzustand nicht als „mit im Bild“ beschrieben, obwohl es ihnen sehr nahe gegangen sei. In Bezug auf Träume wurden sowohl das Wiedererleben des Traumas bzw. eine Identifikation mit dem Opfer geschildert. Bei TherapeutInnen, die mit Opfern sexueller Gewalt arbeite(te)n, wurden auch (vorübergehende) Veränderungen im Hinblick auf die eigene Sexualität beschrieben.

²⁰³ Ergebnisse der empirischen Forschung, im Detail zu finden auf der Seite 90ff

²⁰⁴ Vgl. Daniels J., Sekundäre Traumatisierung – Eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen, als Download : Interviewstudie, Rubrik Materialien und Artikel, Homepage des Fortbildungsinstitutes für Sekundärtraumatisierung, URL:

http://www.sekundaertraumatisierung.de/sfSimpleBlog/show/stripped_title/materialien-und-artikel.html , Zugriff am 20.9.2010,S.1-8

Zusätzlich zu den Symptomen aus dem Spektrum der PTBS traten auch komorbide Symptome auf:

- Anzeichen für eine depressive Verarbeitung wie massive Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Erschöpfungszustände bis hin zu Gedanken in Richtung Suizid
- Substanzgebrauch, vor allem als Versuch der Selbstmedikation zur Regulierung der Hyperarousal-Symptomatik
- Entgrenzung - den Betroffenen fiel es schwer, sich nicht in den „Sog des Traumas“ ziehen zu lassen und die Balance zwischen Beruf und Erholung aufrecht zu erhalten.
- Parapsychotisches Bedrohungsleben²⁰⁵ - intensives Bedrohungsgefühl, das schwer kontrollierbar ist, teilweise mit bildhaften Vorstellungen einhergeht und der Realität nicht angemessen ist, anderweitig jedoch adäquater Realitätsbezug, teilweise auch verstärktes Sicherheitsverhalten.

In der Studie werden auch Vulnerabilitätsfaktoren bzw. Auslöser für eine Sekundäre Traumatisierung thematisiert, die von den interviewten TherapeutInnen selbst angesprochen wurden. Neben der genannten Arbeitüberlastung ist es vor allem Dissoziation, insbesondere während der Schilderung des Traumas der Patientin/des Patienten (peritraumatisch) - jener Faktor, der auch als maßgeblich im Hinblick auf die Entwicklung einer PTBS angesehen wird.²⁰⁶

Daniels schließt ihre Ausführungen mit dem Appell, dass Sekundäre Traumatisierung keiner Tabuisierung unterliegen sollte, da es sich um eine *normale Reaktion auf unnormale Informationen*²⁰⁷ handle. Sie sei kein Indikator für mangelnde Professionalität, sondern sei auf eine ausgeprägte Empathiefähigkeit zurückzuführen.

²⁰⁵ Wortwahl der Studienautorin.

²⁰⁶ Vgl. Daniels J., Sekundäre Traumatisierung – Eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen, als Download : Interviewstudie, Rubrik Materialien und Artikel, Homepage des Fortbildungsinstitutes für Sekundärtraumatisierung, URL: http://www.sekundaertraumatisierung.de/sfSimpleBlog/show/stripped_title/materialien-und-artikel.html , Zugriff am 20.9.2010,S.1-8

²⁰⁷ Ebd. S.7

Für die Praxis empfiehlt sie insbesondere die Auseinandersetzung mit eigenen dissoziativen Verarbeitungsmechanismen sowie der individuellen Belastung mit sekundärtraumatischen Symptomen, um einer möglichen Chronifizierung vorzubeugen.²⁰⁸

5.3.3. Andreatta M.P., Die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch primäre und Sekundäre Traumatisierung - Auswirkungen von Traumaexposition auf kognitive Schemata

Kognitive Schemata bezeichnen innere Modelle, d.h. die Annahmen, die wir im Hinblick auf uns selbst, die Welt bzw. die Beziehung zwischen uns und der Welt, haben. Sie entwickeln sich aus Erfahrungen und Wahrnehmungen heraus und helfen, Ereignisse und Situationen *zu strukturieren, zu organisieren und neue Informationen zu interpretieren*.²⁰⁹

Andreatta untersuchte im Rahmen ihrer Dissertation die dauerhafte Veränderung von derartigen Grundannahmen bei Einsatzkräften und KriseninterventionshelferInnen (bzw. StudentInnen als Vergleichsgruppe) sowie mögliche Zusammenhänge zwischen der Verarbeitung traumatischer bzw. stressreicher Erfahrungen und dem Kohärenzgefühl der ProbandInnen. In der quantitativen Studie mit insgesamt 174 Personen konnte unter anderem Folgendes nachgewiesen werden²¹⁰ :

- Je nach Art des Traumas kann es zur Erschütterung relevanter Grundverständnisse kommen; z.B. zur Erschütterung des Vertrauens in das Wohlwollen der Menschen bei *man-made-traumata*²¹¹. Es handelt sich nicht immer um eine Erschütterung des gesamten „Sets“ an Grundannahmen.
- Das Kohärenzgefühl stellt einen protektiven Faktor hinsichtlich der Beeinträchtigungen durch Traumata und chronische Belastungen dar.²¹²
- Bei den ProbandInnen der Studie vermischen sich primäre und sekundäre Traumatisierungen, eine Abgrenzung ist nicht immer möglich. Die Autorin weist darauf hin, dass nicht selten selbst erlebte Traumata der HelferInnen deren Interesse

²⁰⁸ Vgl. Ebd.S.7

²⁰⁹ Andreatta M.-P., Die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch primäre und sekundäre Traumatisierung. Auswirkungen von Traumaexposition auf kognitive Schemata, Dissertation an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck 2004, S.20

²¹⁰ Aufgrund des Umfangs der Studie können hier nur einzelne Aspekte thematisiert werden, die Auswahl erfolgte im Hinblick auf die Relevanz für die vorliegende Arbeit.

²¹¹ Vgl. Andreatta M.-P., a.a.O., S.279

²¹² Vgl. Andreatta M.-P., a.a.O., S. 281

für helfende Berufe geweckt haben. Die Motivation, selbst anderen zu helfen zu wollen kann sowohl im Sinne der eigenen Bewältigung als auch der *Weitergabe des bereits "Bewältigten"*²¹³ gesehen werden.

- Traumatisierungen, die im Zusammenhang mit dem Beruf stehen, d.h. vor allem sekundäre Traumafolgestörungen, haben Auswirkungen auf das soziale und berufliche Selbstverständnis, sie führen zu einer Steigerung der chronischen Stressbelastung, der Arbeitsüberlastung und der Arbeitsunzufriedenheit.²¹⁴
- Die Rahmenbedingungen der Arbeit, insbesondere die Art der Beziehung zu den traumatisierten Klientinnen (hinsichtlich Empathie, Bindung, Abhängigkeit oder Identifikation) stellt einen maßgeblichen Faktor hinsichtlich der Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung und in weiterer Folge der Veränderung von Grundannahmen dar. Kommen *eigene traumatische Erfahrungen hinzu, kann durch die Identifikation mit dem Opfer bzw. dessen Geschichte diese Grundannahme* (gemeint ist die Glaube an das Wohlwollen der Welt und der Menschen, Anm.) *im Sinne primärer und sekundärer Kumulation erschüttert werden.*²¹⁵
- Grundannahmen an eine gerechte Welt, deren Kontrollierbarkeit durch Verhalten, Glück sowie Sinnhaftigkeit der Welt, etc. waren bei HelferInnen mit mittelgradiger Traumabeeinträchtigung (d.h. subsyndromalen Formen) besonders stark ausgeprägt während sie bei Personen mit hoher Beeinträchtigung (d.h. mit bereits vorhandenen Belastungsstörungen) besonders gering waren. Andreatta interpretiert diese Ergebnisse dahingehend, dass bei Bedrohungen zunächst versucht wird, Grundannahmen zu schützen. Die Überzeugung von der eigenen Unverwundbarkeit soll durch übergeneralisierte bzw. idealisierte Annahmen gestützt werden, wie sie in Anlehnung an Janoff-Bulmann und McPershon argumentiert. Die Veränderung bis hin zum Zusammenbruch der eigenen Grundannahmen wird zu verhindern versucht, was bei einer subsyndromalen Beeinträchtigung auch noch zu gelingen scheint. Bei stärkerer Traumabelastung kommt es dann zu einem *Riss in den Schemata und entsprechendem Verlust und Tiefstand von vormals haltgebenden und sichernden Grundannahmen.*²¹⁶ Dies belegt die Annahme, dass sekundäre

²¹³ Ebd. S.282

²¹⁴ Vgl. Ebd. S.281ff

²¹⁵ Ebd., S.283

²¹⁶ Andreatta M.-P., a.a.O., S.284

Traumafolgestörungen sich in den überwiegenden Fällen schleichend entwickeln und von den Faktoren Intensität und Kumulation der Traumaexposition maßgeblich beeinflusst werden, insbesondere in Verbindung mit zusätzlichem chronischen Stress.

5.3.4. Rösing I.&Hernández et al., Vom verwundeten Heiler zu *Vicarious Resilience*

Ein völlig anderer Blickwinkel findet sich in den Arbeiten der Kulturanthropologin Ina Rösing bzw. der Psychologin Pilar Hernández und ihres Teams.

Rösing untersuchte das Konzept des „Verwundeten Heilers“ in einem transkulturellen Kontext und nahm dabei Bezug auf die Arbeit von Victor Frankl.

Dieser entwickelte aufgrund eigener biografischer Erfahrungen²¹⁷ die sogenannte Logotherapie, die sich auf den im Menschen veranlagten „Willen zum Sinn“ beruft, aus welchem Kraft auch in aussichtslosen Situationen geschöpft werden könne:

*„Gerade im Leiden könne auch Sinn gefunden werden, wenn man sich dem Leiden nicht einfach aussetzt und damit identifiziert, sondern sich davon distanziert und es in einen weiteren Rahmen stellt.“*²¹⁸

Rösing arbeitet heraus, dass die HeilerInnen in verschiedenen traditionellen Kulturen selbst Verwundete waren. In den Konzepten Burnout, *Compassion Fatigue* sowie Stellvertretende Traumatisierung stellt eine Verwundung des Helfers/der Helferin eine Behinderung dar, die sich ausschließlich negativ auf die Arbeit auswirkt. *Die Ideologie des Verwundeten Heilers in schamanischen Kulturen*²¹⁹ jedoch geht von der gegenteiligen Annahme aus, nämlich dass nur selbst verwundete Heiler in der Lage sind andere zu heilen.

Rösing schlägt so einen Bogen von der anthropologischen Analyse der Metapher des Verwundeten Heilers zur Resilienzforschung.²²⁰

Die Studie von Hernandez et al. zu *Vicarious Resilience* deutet in dieselbe Richtung.

An dieser qualitativ-explorativen Untersuchung nahmen PsychiaterInnen und

²¹⁷ Frankl überlebte das Konzentrationslager Theresienstadt, wo seine nächsten Angehörigen umkamen.

²¹⁸ Frankl V., *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*, Piper Verlag, München 1979, S.175f, zit.in: Pross C., a.a.O., S.245

²¹⁹ Rösing I., *Der Verwundete Heiler – Kritische Analyse einer Metapher*, Asanger Verlag, Kröning 2007, S.51-51, zit. in: Pross C., a.a.O., S.245

²²⁰ Vgl. Rösing I., *Vom Konzept des Verwundeten Heilers zur Sekundären Traumatisierung*, Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, Heft 5 /2007, S.65-75, zit.in: Pross C., a.a.O., S.245

PsychologInnen aus Kolumbien teil, die mit Opfern schwerster Menschenrechtsverletzungen arbeiten.

Es konnte herausgearbeitet werden, dass die untersuchten ProbandInnen Kraft aus der Arbeit mit den KlientInnen schöpften und nun auch selbst besser mit schwierigen Situationen umgehen konnten. So habe eine Relativierung eigener Probleme stattgefunden, da sie Zeuginnen der Hoffnung und der Selbstheilungskräfte der KlientInnen geworden seien, sie hätten eigene Ängste abbauen können und die Kraft der Spiritualität bzw. Religiosität schätzen gelernt. Einigen der ProbandInnen sei es auch gelungen, negative Erfahrungen für eigenständige Forschung, Publikationen oder Lehrtätigkeit zu nutzen und so zu *reframen*. Hernandez bezeichnet diesen positiven Aspekt der Arbeit mit traumatisierten Menschen als *Vicarious Resilience*, die seiner Meinung nach *Vicarious Traumatization* entgegenwirken könne.²²¹

Die besagte Studie wurde in einem relativ kleinen Rahmen mit insgesamt nur 12 ProbandInnen durchgeführt, weshalb es weiterer Studien bedürfte, um die Theorie zu vertiefen. Sie erinnert jedoch an das Konzept der *Salutogenese* nach Aaron Antonovsky, das dieser zwar in Bezug auf primäre Traumaopfer entwickelte, das jedoch - so der Tenor der Studie von Hernandez - auch auf sekundär Traumatisierte Anwendung finden könnte.

5.4. Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung

Die deutsche Psychologin Judith Daniels²²² publiziert seit mehreren Jahren zu dem Themenkreis der Sekundären Traumatisierung und führte diesbezüglich auch Studien durch²²³. Von ihr stammt eine Theorie, in der sie sich mit einer möglichen neuropsychologischen Erklärung des Phänomens auseinandersetzt, welche nun kurz skizziert werden soll.

Die therapeutische Situation ist für die Therapeutin/den Therapeuten bis zu einem gewissen Grad von Vorhersehbarkeit, Wissen und Kontrolle geprägt. Der Verlauf einer

²²¹ Vgl. Hernandez P., Gansei D., Engstrom D., Vicarious Resilience: A New Concept in Work with Those who Survive Trauma, *Family Process* 46, 2007, S.229-241, zit.in: Pross C., a.a.O., S.245f

²²² Dr.rer.nat., Fortbildungsinstitut für Sekundärtraumatisierung und Traumatherapie Bielefeld; Institut für Physiologische Psychologie an der Universität Bielefeld, eigene Vorstellung im Rahmen des vorgestellten Artikels

²²³ Siehe oben „Daniels J., Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen“.

Therapiesitzung kann zumindest mitbestimmt werden und auch danach können TherapeutInnen aufgrund ihres Fachwissens mit etwaigen Symptomen und Reaktionen besser umgehen.

Wie kann es dennoch zu einer traumatogenen Verarbeitung von Informationen und in weiterer Folge zu Symptomen wie Intrusionen, Hyperarousal und Angst- bzw. Bedrohungsgefühlen auf Seiten der HelferInnen kommen?

Anhand eigener Studien arbeitet Daniels peritraumatische Dissoziation als wichtigen Auslösefaktor (auch) der Sekundären Traumatisierung heraus. Diese wiederum lassen sich durch drei Prozesse erklären:

- **Empathie** ermöglicht sowohl die kognitive Perspektivenübernahme als auch emotionales Nachempfinden. Dabei werden mithilfe der sogenannten Spiegelneuronen „während der Beobachtung eines emotionalen Zustandes einer anderen Person dieselben (neuropsychologischen) Netzwerke aktiv (...) wie während des eigenen Erlebens“²²⁴. Das heißt, dass diese Nervenzellen auf neuronaler Ebene „das Außen so spiegeln als würde es innen stattfinden“²²⁵. Diese interne Simulation kann zu einer Symptomübernahme führen, wenn die Fremd-Selbst-Differenzierung versagt. Eine bewusste emotionale Distanzierung wird verunmöglicht und *Traumabeschreibungen mit Selbstbezug*²²⁶ abgespeichert. In Zusammenhang dazu steht das
- **Kindling**, beschrieben als „zunehmende Sensibilisierung der Amygdala durch wiederholte unterschwellige Aktivierungen.(...)Es wird vermutet, dass wiederholte Traumatisierungen einen Kindlingprozess auslösen können, so dass schließlich immer weniger intensive, unspezifische Stressoren dissoziative Reaktionen auslösen können.“²²⁷ Umgelegt auf die psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Menschen würde dies bedeuten, dass die Konfrontation mit dem Inhalt traumatischer Erlebnisse wiederholte, durch Spiegelneurone

²²⁴ Daniels J., Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung, Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, o.a.O. Ausgabe 3/2007, als Download : Eine Neuropsychologische Theorie, Rubrik Materialien und Artikel, Homepage des Fortbildungsinstitutes für Sekundärtraumatisierung, URL: http://www.sekundaertraumatisierung.de/sfSimpleBlog/show/stripped_title/materialien-und-artikel.html , Zugriff am 20.9.2010

²²⁵ Daniels J., 2007, a.a.O., S.6

²²⁶ Daniels J., 2007, a.a.O., S.7

²²⁷ Ebd. S.9

hervorgerufene Angsterregungen auslöst. Diese kumulative emotionale Resonanz auf mehrere primär traumatisierte KlientInnen löst eine Sensibilisierung der Amygdala aus. Dadurch führen schließlich auch geringe Reizungen zu einer Überschreitung der Aktivierungsschwelle und lösen bei den TherapeutInnen starke Emotionen wie Hilflosigkeit, Angst und Entsetzen aus, die im Hinblick auf die reale Situation nicht ädaquat sind. So kann es zu einer peritraumatischen Dissoziation kommen, im Zuge derer die Selbst-Fremd-Differenzierung versagt und traumatische Inhalte ohne Kontextbezug enkodiert werden²²⁸.

- **Dissoziation** wird als Schutzmechanismus begriffen, der in Notfallsituationen zum Tragen kommt. In Situationen, die für das Individuum nicht bewältigbar erscheinen und die sich zerstörerisch auf die Identität auswirken können, werden im Gehirn verschiedene Regionen gehemmt, *sodass es nicht zu einer Integration der verschiedenen Informationseingänge zum Selbsterleben kommt.*²²⁹ Dies wiederum bedingt Symptome wie Depersonalisationserfahrungen oder das Gefühl, „*wie auf Autopilot zu sein*“²³⁰ Diese Reaktion schützt zwar in der akuten Situation, führt jedoch auch dazu, dass Informationen und Emotionen ohne Kontextbezüge enkodiert werden. Dies wiederum kann in weiterer Folge zu den beschriebenen Symptomen einer Sekundären Traumatisierung wie Hyperarousal, Intrusionen und inadäquatem Angst- bzw. Bedrohungserleben führen.²³¹

Obwohl es sich um eine Theorie handelt, die empirisch noch nicht eindeutig verifiziert ist, enthält sie schlüssige Erklärungsansätze bzw. deckt sich mit bisherigen Ergebnissen aus der Traumaforschung. Daniels bezieht sich auf die Arbeit von PsychotherapeutInnen, die beschriebenen Prozesse scheinen jedoch auch für die Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen von Relevanz bzw. auf diese umlegbar.

²²⁸ Eine genaue Beschreibung der neurobiologischen Vorgänge im Gehirn bei einer traumatogenen Verarbeitung siehe Kapitel „Trauma aus neurobiologischer Perspektive“ auf Seite 43f

²²⁹ Daniels J., 2007, a.a.O. , S.12

²³⁰ Ebd. S.12

²³¹ Vgl. Ebd. S.13

5.5. Risikofaktoren

Dass es Phänomene Sekundärer Traumatisierung bei professionellen HelferInnen gibt, die mit primär traumatisierten Menschen arbeiten, steht mittlerweile außer Zweifel - obwohl bis dato keine wissenschaftliche Einigung hinsichtlich deren Benennung bzw. Definition stattgefunden hat.

Dennoch lassen sich verschiedene Faktoren, die für das Auftreten sekundärer Traumasymptome von Relevanz sind, herausarbeiten²³²:

- (Wiederholte) Erfahrungen von Traumata der KlientInnen
- Eine empathische Beziehung zwischen HelferIn und KlientIn
- Individuelle Merkmale der helfenden Person wie eigene Trauma-Erfahrungen, mögliche vorangegangene sekundäre Traumatisierungen, individuelle Lebensumstände (psychische Gesundheit, belastende bzw. stressreiche Faktoren)
- Resilienz bzw. Vulnerabilität der helfenden Person
- Demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht bzw. sozialer Hintergrund
- Praxiserfahrung (junge HelferInnen mit noch wenig Praxiserfahrung scheinen anfälliger zu sein, wie auch in Studien nachgewiesen werden konnte)²³³
- Individuelle Ressourcen und Bewältigungsmechanismen

Um die eigene psychische wie physische Gesundheit zu bewahren sowie dauerhaft professionell arbeiten zu können scheinen Selbstreflexion und Selbstfürsorge unablässig.

Auf professionelle Psychohygiene sowie positive Copingstrategien wird deshalb in Kapitel 6 näher eingegangen.

²³² In Anlehnung an Frey sowie Lerias & Byrne, beide zit. in: Lemke J., a.a.O., S.15ff

²³³ Vgl. Smith A.J. et al., Therapists reactions in self-experienced difficult situations: An Exploration, *Counselling and Psychotherapy Research*, 7/ 2007, S.34-41, zit. in: Pross C., a.a.O., S.238

5.6. Sekundäre Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit

Sekundäre Traumatisierung wird, wie aus diesem Kapitel ersichtlich, häufig in Bezug auf therapeutische bzw. traumatherapeutische Arbeit diskutiert; ebenso beziehen sich zahlreiche Publikationen sowie empirische Untersuchungen auf das Risiko einer Sekundären Traumatisierung im Kontext (trauma)therapeutischer Arbeit sowie bei HelferInnen in medizinischen Berufen.

Dennoch kann sie, wie anhand der soeben diskutierten Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren deutlich wurde, de facto Menschen aus allen helfenden Berufen betreffen, die:

- mit (primär) traumatisierten Menschen arbeiten: Medizinisches Fachpersonal wie ÄrztInnen, Krankenhauspersonal, PflegerInnen, etc., SozialarbeiterInnen, SozialpädagogenInnen, etc.
- bzw. im Umfeld traumatischer Ereignisse arbeiten: Einsatzkräfte wie SanitäterInnen, Feuerwehrmänner bzw. -frauen, PolizistInnen, etc.²³⁴

Die bewusste Auseinandersetzung mit Sekundärer Traumatisierung hat in den verschiedenen Professionen bisher in unterschiedlicher Intensität bzw. Ausprägung stattgefunden. Eine eigenständige theoretische wie praktische Beschäftigung mit der Thematik seitens der verschiedenen Berufsgruppen erscheint jedoch sinnvoll und notwendig, da sich die einzelnen Berufe im Hinblick auf Rahmenbedingungen, Handlungsaufträge sowie Arbeitsansätze unterscheiden. Dies wiederum legt nahe, dass sich berufsspezifische Belastungen, das Gefährdungspotential im Hinblick auf eine Sekundäre Traumatisierung sowie mögliche Präventions - und Copingstrategien in einzelnen Aspekten unterschiedlich darstellen.

Im Zuge der Literatur- sowie Internetrecherche zu dieser Arbeit ließen sich nur wenige Artikel bzw. Publikationen finden, die sich mit dem Thema Sekundärer Traumatisierung im Kontext von Sozialer Arbeit beschäftigen. Auf diese soll nun kurz eingegangen werden.

²³⁴ Vgl. Gies H., Sekundäre Traumatisierung und Mitgeföhlerschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuung in der Jugendhilfe, URL: www.supervision-gies.de/download/hedi_gies_artikel.pdf, Zugriff am 20.9.2010, S. 2

Hedi Gies²³⁵ geht in einem von ihr veröffentlichten Artikel auf das Risiko Sekundärer Traumatisierung im Rahmen von familienähnlichen stationären Betreuungsformen in der Jugendhilfe ein. Sie setzt sich mit spezifischen Herausforderungen dieses Handlungsfeldes sowie möglichen individuellen bzw. institutionellen Präventions- bzw. Copingstrategien auseinander.²³⁶

Mit Sekundärer Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe beschäftigt sich auch ein Artikel der Psychologin Margarete Udolf²³⁷.

Die Diplomarbeit von Doris Lehmann setzt sich mit dem Risiko Sekundärer Traumatisierung bei Sozialarbeiterinnen auseinander, die mit von familiärer Gewalt betroffenen traumatisierten Frauen arbeiten, und beschreibt, welche Bedeutung Psychohygiene in diesem Kontext hat.²³⁸

Es fällt auf, dass viele der Publikationen zwar auf sozialpädagogische bzw. sozialarbeiterische Tätigkeiten Bezug nehmen, diese jedoch oftmals nicht von SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen selbst verfasst wurden.

Anhand der Literatur- bzw. Internetrecherche sowie des Mangels an empirischen Untersuchungen lässt sich schließen, dass die Thematik der Sekundären Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit bisher wenig diskutiert wurde. Im Rahmen der eigenständigen Forschung im empirischen Teil der Arbeit wird darauf eingegangen, welches Wissen in Hinblick auf die Thematik bei den in der Praxis tätigen Sozialarbeitenden vorhanden ist.²³⁹

Fest steht an dieser Stelle dennoch, dass in Bezug auf fundierte wissenschaftliche sowie empirische Auseinandersetzung mit dem Thema der Sekundären Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit ein Nachholbedarf zu verorten ist.

²³⁵ Diplomierte Sozialpädagogin, Supervisorin, Familientherapeutin und Traumafachberaterin, Vgl. Profil von Hedi Gies, eigene Homepage, URL: http://www.supervision-gies.de/profil_hedi_gies.html, Zugriff am 22.9.2010

²³⁶ Vgl. Gies H., a.a.O.

²³⁷ Vgl. Udolf M., Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe, November 2009, URL: http://www.traumapaedagogik.de/index.php?option=com_content&view=article&id=164:sekundaere-traumatisierung-bei-paedagogischen-fachkraefte-in-der-kinder-und-jugendhilfe&catid=25:kinder-und-jugendhilfe&Itemid=53, Zugriff am 22.9.2010

²³⁸ Vgl. Lehmann D., Gewalt – Trauma für Klientin und Sozialarbeiterin? Die Bedeutung der Psychohygiene bei der Arbeit mit traumatisierten Frauen, Diplomarbeit an der Bundesakademie für Sozialarbeit, Wien 2004

²³⁹ Siehe hierzu das Kapitel „Aktueller Wissensstand und Bewusstsein hinsichtlich Sekundärer Traumatisierung“ auf Seite 139f

6. Copingstrategien in Bezug auf Sekundäre Traumatisierung

Auch, wenn einzelne Publikationen in diese Richtung deuten, so sind sich die meisten der mit Traumatisierten Arbeitenden, bzw. in diesem Feld Forschenden einig, dass es sich bei Sekundärer Traumatisierung nicht um ein Anzeichen von Schwäche oder mangelnder Professionalität der HelferInnen handelt, sondern um ein mögliches Risiko in der psychosozialen Arbeit mit traumatisierten Menschen.²⁴⁰

Ein „Patentrezept“, wie man sich vor Sekundärer Traumatisierung schützen bzw. wie man diese zuverlässig vermeiden könnte, gibt es nicht.²⁴¹ Vielmehr wurde im vorangegangenen Kapitel deutlich, dass sich eine Sekundäre Traumatisierung aus dem Zusammenwirken verschiedener Faktoren entwickeln kann.

Wesentlich an dieser Stelle ist die Auseinandersetzung mit der Frage ob bzw. bis zu welchem Grad Helfende sowie die Einrichtungen, in denen sie arbeiten, auf diese Faktoren Einfluss nehmen können, welche Ressourcen (re)aktiviert werden können und welche Strategien es gibt, um Belastungen, insbesondere durch die Konfrontation mit Traumata der KlientInnen, positiv zu bewältigen.

Es folgt eine kurze Beschreibung der Termini Coping sowie Copingstrategien um darauf aufbauend auf konkrete Maßnahmen und Strategien im Hinblick auf die Bewältigung beruflicher Belastungen, insbesondere durch die Konfrontation mit Traumata der KlientInnen von Sozialarbeitenden einzugehen.

Dieses Kapitel ist bewusst komprimiert gehalten, da sich die in der Literatur empfohlenen Maßnahmen und Strategien weitestgehend mit den von den InterviewpartnerInnen genannten decken, im Rahmen des empirischen Teils der Arbeit aufgegriffen werden konnten und an dieser Stelle ausführlicher beschrieben werden.

²⁴⁰ Vgl. Herbert C., Wettmore A., Wenn Alpträume wahr werden. Traumatische Ereignisse verarbeiten und überwinden, Hans Huber Verlag, Bern 2006, S. 54

²⁴¹ Vgl. Gies H., a.a.O., S. 6

6.1. Coping und Copingstrategien

Der Terminus *Coping* leitet sich vom Englischen „to cope“ ab, was mit „etwas bewältigen“, „mit etwas zurechtkommen“ oder „etwas verkraften“ übersetzt werden kann. Bei Copingstrategien handelt es sich demnach um Bewältigungsstrategien, die von Fischer und Riedesser wie folgt beschrieben werden:

Während Abwehrmechanismen auf die Erhaltung des inneren Gleichgewichts eines biologischen, psychischen oder sozialen Systems gerichtet sind und darüber im Konfliktfall die umgebende Realität vernachlässigen, zielt Coping auf „Einpassung durch Anpassung“ (Assimilation durch Akkomodation) im Rahmen des pragmatischen und/oder kommunikativen Realitätsprinzips.²⁴²

Fischer und Riedesser weisen weiters darauf hin, dass sich verschiedene Copingstile hierfür unterschiedlich gut eignen.

Der Prozess der Anpassung eines Individuums an seine Umwelt bzw. an Veränderungen in dieser wird mit dem Begriff der Adaptation beschrieben. Hier sind zwei Begriffe von wesentlicher Bedeutung, die auf Jean Piaget zurückgehen.

Während Assimilation das Einordnen neuer Umwelterfahrungen in bereits bestehende kognitive Schemata (Einpassung) beschreibt, kommt es bei dem Prozess der Akkomodation zu einer Änderung bestehender kognitiver Schemata aufgrund neuer Informationen, die nicht in vorhandene Schemata integriert werden können.²⁴³

Hinsichtlich der Veränderung von kognitiven Schemata liegen mehrere Konzepte vor:

- Das Buchhaltungsmodell (*bookkeeping model*) nach Rothbart: Die Veränderung verläuft prozesshaft, die Akkumulation vieler systematisch von einem bestehenden Schema abweichender Informationen führt zu einer graduellen Veränderung des Schemas. Hierbei handelt es sich um einen natürlichen Lernprozess, der zu keiner grundlegenden Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses einer Person führt.
- *Subtyping Model*: Informationen, die nicht mit bestehenden Schemata übereinstimmen führen zur Ausbildung neuer Unterkategorien des Hauptschemas. Das Hauptschema stellt ein abstraktes übergeordnetes Konzept dar, das die einzelnen Unterkategorien beinhaltet. „Ausnahmen bestätigen die Regel“ würde ein typisches Beispiel für diese Form der Schemaveränderung darstellen. Hier bleibt das

²⁴² Fischer G, Riedesser P., a.a.O., S.384

²⁴³ In Bezug auf kognitive Schemata siehe auch Seite 72f

allgemeine Schema bestehen und behält seine Gültigkeit für einen Großteil der Unterkategorien, für „Ausreißer“ werden jedoch Erklärungsvarianten geliefert.

- Das Konversionsmodell (*conversion model*) nach Rothbart: Informationen, die leicht von bestehenden Schemata abweichen, können an diese assimiliert werden. Ist das Individuum jedoch mit Informationen konfrontiert, die radikal inkongruent zu bestehenden Schemata sind, kommt es zu einer abrupten Schemarevision. Janoff-Bulman spricht in ihrem Konzept bzw. gleichnamigen Buch *shattered assumptions* davon, dass diese Art schematischer Veränderungen bei stressreichen sowie traumatischen Erfahrungen zum Tragen kommt und im Extremfall zum Zusammenbruch des Schemasystems führen kann.²⁴⁴

Im Hinblick auf kumulativen Belastungen, die den Berufsalltag von Sozialarbeitenden im Flüchtlingsbereich prägen und hierbei insbesondere die Konfrontation mit Traumata der KlientInnen, kann dies bedeuten, dass sich kognitive Schemata prozesshaft und im Laufe der Berufserfahrung verändern können. Wenn die Belastungen jedoch überhand nehmen, das Gefühl der Wirksamkeit der eigenen Arbeit nicht (mehr) vorhanden ist, sich HelferInnen zusehends selbst hilflos fühlen und somit ihre eigenen Bewältigungsstrategien nicht mehr adäquat greifen, kann es auch zu plötzlichen und traumatogenen Veränderungen kommen.

Generell kann zwischen adaptiven und maladaptiven (bzw. funktionalen vs. dysfunktionalen) Copingstrategien unterschieden werden.

Beispiele für maladaptive bzw. gesundheitsschädigende Copingstrategien wären der übermäßige Gebrauch von Beruhigungs- und Suchtmitteln, als Versuch chronische Anspannung auszugleichen sowie das Überdecken der eigenen Müdigkeit durch den Einsatz von aufputschenden bzw. koffeinhaltigen Getränken und Nikotin.²⁴⁵

Im Folgenden soll jedoch der Fokus auf positive bzw. adaptive Copingstrategien gelegt werden.

²⁴⁴ Vgl. Andreatta M.-P., a.a.O., S.43ff

²⁴⁵ Vgl. Udolf M., a.a.O.

6.2. Strategien im Hinblick auf die positive Bewältigung beruflicher Belastungen

In der Literatur finden sich verschiedene Maßnahmen, die von unterschiedlichen AutorInnen als Präventions- und/oder Copingstrategien beschrieben werden, oder auch mögliche Ressourcen, die im Hinblick auf die positive Bewältigung genutzt werden können. Die beschriebenen Maßnahmen bzw. Ressourcen überschneiden sich in vielfacher Hinsicht und können einerseits bereits in präventiver Hinsicht ergriffen bzw. genutzt werden, andererseits jedoch auch als positive Bewältigungsstrategien verstanden werden.

Im Folgenden wird deshalb auf eine Differenzierung zwischen präventiven und Bewältigungsstrategien verzichtet, da ein Großteil der genannten Maßnahmen in beide Kategorien einzuordnen wäre.

Es erfolgt daher ausschließlich die Unterscheidung zwischen Maßnahmen auf individueller Ebene bzw. Team- oder Einrichtungsebene, wobei auch hier Überschneidungsbereiche offensichtlich sind.

Der folgende Überblick stammt aus verschiedenen Quellen und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

6.2.1. Individuelle Strategien

- Das Wissen um das Risiko einer Sekundären Traumatisierung sowie um ihre Entstehungsbedingungen stellt den Ausgangspunkt für alle weiteren Maßnahmen dar. Ebenso ist es notwendig, entsprechende Warnsignale²⁴⁶ zu erkennen, sie anzuerkennen und entsprechend auf sie zu reagieren, was sowohl einzelne Sozialarbeitende als auch die Einrichtungen, in denen sie tätig sind, betrifft.
- Kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Motiven, diese Arbeit auszuüben, insbesondere bei eigenen traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit.²⁴⁷ Diese können sowohl eine Ressource als auch ein Risiko darstellen.²⁴⁸ Damit einher geht eine Auseinandersetzung mit der Frage nach realistischen Zielen der eigenen Arbeit. Die Aufgabe unrealistischer Erwartungen und Illusionen wirkt

²⁴⁶ Auf eine Darstellung möglicher Symptome und Warnhinweise wird an dieser Stelle verzichtet, da diese bereits im vorangegangenen Kapitel umfassend erläutert wurden.

²⁴⁷ Vgl., Frey C., a.a.O., S.252

²⁴⁸ Pross C., a.a.O., S.155ff

nicht nur entlastend, sondern schützt vor Erschöpfung und Überarbeitung bei dem Versuch unrealistische Ziele trotzdem erreichen zu wollen sowie vor permanenter Frustration bei Nichterfüllung derselben.²⁴⁹

- Selbstfürsorge: HelferInnen sorgen zumeist vorbildlich für andere Menschen, legen jedoch oftmals im Hinblick auf sich selbst andere Maßstäbe an. Insbesondere in der Arbeit mit (traumatisierten) Flüchtlingen ist offensichtlich, dass langfristige und wirksame Hilfe nur dann möglich ist, wenn die HelferInnen auf sich selbst achten. Auch die Vorbildfunktion, die sie auf KlientInnen haben, ist hierbei nicht zu vernachlässigen.²⁵⁰ Wesentlich ist einerseits Achtsamkeit in Bezug auf eigene Bedürfnisse, Ressourcen und Grenzen, die Balance zwischen „Beruflich“ und „Privat“ zu wahren, sowie möglichen Entfremdungstendenzen - sich selbst und der sozialen Umwelt gegenüber - entgegen zu wirken.²⁵¹
- Um für den notwendigen Ausgleich zu sorgen, stehen verschiedene Möglichkeiten und Ressourcen zur Verfügung, die je nach individuellen Präferenzen genutzt werden können. Hierzu zählen kulturelle Aktivitäten wie Kunst, Theater, Lesen (keine Fachliteratur!), Musik, Kino, Kochen bzw. auch Essen gehen etc., Entspannendes wie z.B. ein Bad sowie körperliche Aktivitäten, regelmäßige Bewegung²⁵² und Aufenthalte in der Natur.²⁵³
- Schreiben, Dokumentieren, Forschen, Lehren, Veröffentlichen etc. können sinnvolle Maßnahmen sein, um eigenes Handeln zu reflektieren, Belastendes symbolisch abzulegen und sich von der Materie besser distanzieren zu können. Das Erreichte kann Befriedigung verschaffen und für Anerkennung sorgen.²⁵⁴
- Gefühle der Empörung sowie der Wut angesichts (vermeintlich) bestehenden Unrechts können vielfach durch politisches Engagement sowie Öffentlichkeitsarbeit kanalisiert werden, die ein wirkungsvolles *Mittel gegen die Ohnmacht*²⁵⁵ darstellen und Mut sowie Kraft spenden kann.

²⁴⁹ Vgl. Pross C., a.a.O., S.137

²⁵⁰ Vgl., Herbert C., Wettmore A., a.a.O., S.59ff

²⁵¹ Vgl. Udolf M., a.a.O.

²⁵² Im Rahmen von regelmäßiger körperlicher Bewegung können Stresshormone, die sich z.T. auch „nach Dienstschluss“ noch im Körper befinden wirkungsvoll abgebaut werden.

²⁵³ Vgl. Pross C., a.a.O., S.140ff

²⁵⁴ Vgl. Pross C., a.a.O., S.138ff

²⁵⁵ Pross C., a.a.O., S.142

- Humor ist ein wirkungsvolles Mittel zur Stressreduktion und kann gewissermaßen die Funktion eines Ventils übernehmen und für Erleichterung sorgen. Den *Sinn für das Absurde und Groteske*²⁵⁶ zu bewahren kann vor Sarkasmus und Resignation schützen, wobei der Unterschied zwischen schwarzem Humor und Zynismus mitunter ein sehr geringer sein kann.
- Positive Aspekte der Arbeit bewusst wahrnehmen: Pross konnte in der Studie im Rahmen seines Buches herausarbeiten, dass die direkte Arbeit mit den Betroffenen bzw. die Beziehung zu ihnen für viele HelferInnen eine Ressource darstellt, da deren Überlebenswille und Kraft ansteckend wirken würden. Teamkonflikte und äußere Rahmenbedingungen wurden eher als stressverursachend/belastend beschrieben. Ein weiterer Aspekt sind Erfolgserlebnisse in der Arbeit, die das persönliche Gefühl der Zufriedenheit und der Wirksamkeit der eigenen Arbeit enorm steigern können, wobei es hier ebenso um die Frage der Definition von Erfolgserlebnissen geht.²⁵⁷
- Auszeiten, Reisen bzw. Umstieg in eine andere Funktion im Rahmen der Einrichtung oder in verwandte Bereich, insbesondere bei belastenden Teamsituationen, die HelferInnen an ihre eigenen Grenzen bringen²⁵⁸
- Die individuelle Sinnfindung stellt - wie bei den Betroffenen selbst - im Sinne des Kohärenzgefühls eine wichtige Möglichkeit dar, um Belastungen zu widerstehen.²⁵⁹

Zusätzlich zu aktiven Copingstrategien werden in der Literatur verschiedene Ressourcen herausgearbeitet, die an dieser Stelle eigens genannt werden sollen, da sie m.E. nicht als Strategien bezeichnet werden können:

- Stabile soziale Bindungen (auch) außerhalb des beruflichen Umfeldes, insbesondere FreundInnen, Familie und Kinder, die den HelferInnen Halt und Unterstützung insbesondere in belastungsreichen Zeiten sein können²⁶⁰
- Mensch-Tier-Beziehungen²⁶¹

²⁵⁶ Pross C., a.a.O., S.144

²⁵⁷ Vgl. Pross C., a.a.O., S.145ff

²⁵⁸ Vgl. Pross C., a.a.O., S.149ff

²⁵⁹ Vgl. Pross C., a.a.O., S.152

²⁶⁰ Vgl. Pross C., a.a.O., S.136

²⁶¹ Vgl. Wenth Ch., Psychohygiene für SozialarbeiterInnen. Institutionell angebotene Maßnahmen und Handlungen, die der/die SozialarbeiterIn selbst setzt, um eine effektive Psychohygiene durchführen zu können, Diplomarbeit FH

6.2.2. Institutionelle bzw. einrichtungsspezifische Strategien

- Fachliche Fort- und Weiterbildungen, insbesondere Auseinandersetzung mit Psychotraumatologie, um traumatische Reaktionen der KlientInnen sowie Dynamiken in der Beziehung zu KlientInnen besser verstehen bzw. darauf reagieren zu können. Fortbildungen zu Themen wie Burnout oder Sekundäre Traumatisierung können die Achtsamkeit der ProfessionalistInnen schärfen und helfen, etwaige bereits bestehende Warnhinweise zu definieren bzw. einzuordnen.²⁶²
- Regelmäßige Inter- und Supervision, um die eigene Arbeit um eine kritische Außenperspektive zu erweitern.²⁶³
- Kooperation im Team bzw. in der Einrichtung sowie regelmäßiger Austausch, der wie *ein Netz unter dem Hochseil*²⁶⁴ wirken und einzelne Helfende unterstützen bzw. quasi „auffangen“ kann.
- Geselligkeit: Gemeinsame Aktivitäten mit KollegInnen
- Professionelle Sicherheit und Kontrolle: Strukturierte Vorgehensweise, klare Rahmenbedingungen, etc. tragen dazu bei auch in stark belastenden Situationen das Gefühl der Kontrolle über das eigene Handeln zu bewahren.²⁶⁵ Insbesondere Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind verbindlich vorab zu klären, um den Konflikt- und Stresspegel zu senken.²⁶⁶
- Teams sollten möglichst durchmischt sein, d.h. sowohl erfahrene sowie jüngere Mitglieder und Fachpersonal mit eigenem Migrations/Fluchthintergrund umfassen.
- Anzeichen für Überforderung sowie Sekundäre Traumatisierung sollten umgehend thematisiert und nicht toleriert werden.
- Im Rahmen der Möglichkeiten sollte eine sinnvolle Begrenzung der Fallzahlen sowie Arbeitszeiten stattfinden.²⁶⁷

Campus Wien, Wien 2008

²⁶² Vgl. Pross C., a.a.O., S.140

²⁶³ Vgl. Frey C., a.a.O., 252

²⁶⁴ Gies H., a.a.O., S.7

²⁶⁵ Vgl. Ebd. S.3ff

²⁶⁶ Vgl. Pross C., a.a.O., S. 254

²⁶⁷ Vgl. Frey C., a.a.O., S. 253

Ergebnisse der durchgeführten Interviews

Augrund der Fülle des vorliegenden Datenmaterials (145 Seiten Transkript) kann im Rahmen der Darstellung in dieser Arbeit nur auf jene Aspekte und Inhalte der Interviews eingegangen werden, die für die Beantwortung der Forschungsfrage unmittelbar relevant sind.²⁶⁸

Zu Beginn wird auf Traumata der KlientInnen eingegangen. Es werden sowohl Traumatisierungen, die bereits im Herkunftsland der KlientInnen entstanden, als auch mögliche Traumatisierungen auf der Flucht bzw. durch die Situation in Österreich thematisiert. Anschließend wird näher darauf eingegangen, wie SozialarbeiterInnen mit Traumata der KlientInnen in Berührung kommen können, wie intensiv sie diese Konfrontation empfinden, in welchem Rahmen bzw. Kontext sie stattfindet und was sie als besonders berührend bzw. belastend erleben.

Dies leitet über zu der Frage, was SozialarbeiterInnen empfinden bzw. wie sie reagieren, wenn sie mit Traumata der KlientInnen in Berührung kommen.

In unmittelbarem Zusammenhang dazu steht die Auseinandersetzung mit verschiedenen von den InterviewpartnerInnen angeführten Copingstrategien sowie einrichtungs- bzw. teamspezifische Maßnahmen. Danach werden dauerhafte Veränderungen im Menschen- bzw. Weltbild der SozialarbeiterInnen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit thematisiert.

Um den Bogen zurück zum Titel der Arbeit zu spannen wird anschließend darauf eingegangen, ob SozialarbeiterInnen mit dem Begriff der Sekundären Traumatisierung vertraut sind bzw. was sie damit assoziieren.

Für die Darstellung der Ergebnisse wurden Paraphrasierungen sowie direkte Zitate verwendet. Bei den für direkte Zitate verwendeten Textstellen aus den Interviews wurden wenn nötig „ähm“s und „hm“s sowie Hinweise auf Pausen und Lautstärke bzw. Betonung des Gesagten entfernt. Die Ergebnisse der Interviews mit den PsychotherapeutInnen konnten nur eingeschränkt berücksichtigt werden.

²⁶⁸ Zu weiteren Aspekten wie z.B. den Rahmenbedingungen bzw. Herausforderungen Sozialer Arbeit im Flüchtlingsbereich sowie der psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung der Zielgruppe finden sich zudem bereits Literatur sowie Forschungsarbeiten.

7. Traumata der KlientInnen

7.1. Traumatisierung aus dem Heimatland

Traumata, die in den Herkunftsländern der Flüchtlinge geschahen, sind zumeist eng mit dem Fluchtgrund der Betroffenen verknüpft.

Hierbei kann es sich um verschiedenste Begebenheiten handeln, deren umfassende Schilderung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Aus diesem Grund sollen hier nur überblicksmäßig jene Themen wiedergegeben werden, die auch von den InterviewpartnerInnen angesprochen wurden:

- (Staatliche) Repressionen wie Razzien, Inhaftierung, Folterung etc. aufgrund politischer Tätigkeit (Vgl. z.B. IP3, IP5, IP6, IP10, IP11)
- Bürgerkriegsszenarien, marodierende Oppositionstruppen, Fehlen eines Staates, der für die Sicherheit der BürgerInnen sorgen könnte (Vgl. z.B. IP7, IP8)
- Verfolgung ganzer Familien bis hin zur Ermordung einzelner Familienmitglieder (Vgl. z.B. IP1, IP8)
- Zwangsverheiratung, Vergewaltigungen, weibliche Genitalverstümmelung (Vgl. z.B. IP8, IP4)

7.2. Traumatisierung durch die bzw. auf der Flucht

Von mehreren InterviewpartnerInnen wurde auch beschrieben, dass die Flucht selbst für die KlientInnen traumatisch gewesen sei.

Dies kann damit zu haben, dass aufgrund einer akuten Bedrohung eine Flucht so schnell wie möglich erfolgen und alles zurückgelassen werden musste. Vielfach würden Betroffene jedoch auch auf der Flucht, d.h. auf dem Weg nach Europa dramatische bzw. traumatische Erfahrungen machen. (Vgl. IP3, IP2, IP9)

Die Flucht selber, das ist wirklich auch oft „überhups“ weg müssen, alles liegen und stehen lassen. Grad noch das, mit dem Leben davonkommen. Das ist dann ein eigenes großes Drama. Da sind ja auch diese Wege mit den Schleppern oft hoch dramatisch. Die erleben ja auch grauslige Sachen auf der Flucht bis sie überhaupt einmal irgendwo überhaupt ankommen. Das heißt, das ist noch ein dramatischer Zeitraum. (IP3,108ff)

7.3. Traumatisierung durch die Situation in Österreich

Manche sagen sie sind nett aufgenommen worden, von netten Polizisten auf der Grenze aufgeklärt worden und es ist irgendwo ok gelaufen und manche haben gesagt, sie sind gleich wie Verbrecher behandelt worden. Also, sozusagen, dieses Bedürfnis, endlich in Sicherheit zu sein, das bleibt ganz lange ungestillt. (IP3, 113ff)

Auch wenn Flüchtlinge in Österreich einen Asylantrag stellen bzw. ihr Asylverfahren hier zugelassen wird, bedeutet das nicht unbedingt, dass sie auch das Gefühl haben, angekommen zu sein. Viele Unsicherheitsfaktoren stehen im Raum: Werde ich in Österreich bleiben können? Wie lange muss ich auf eine Entscheidung warten? Was passiert in der Zwischenzeit mit mir? etc.

Für die KlientInnen belastende Faktoren, die sich auch auf Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit auswirken, wurden in fast allen Interviews thematisiert.

Im Folgenden soll nun auf die genannten belastenden Faktoren eingegangen werden, diese beziehen sich vorwiegend auf die Situation von AsylwerberInnen.

7.3.1. Dauerstress aufgrund der langen Wartezeit

Durchwegs als Belastung für KlientInnen als auch für SozialarbeiterInnen werden die oft jahrelangen Wartezeiten bis zu einem endgültigen Abschluss des Asylverfahrens, die auch dauerhafte Unsicherheit bedeuteten, beschrieben.²⁶⁹

Im Generellen kann man sicher sagen, dass die Leute nachdem sie jahrelang hier sind einfach zerstört sind. (...) Es ist dann schwierig abzuschätzen, ob es jetzt von ihrer Fluchtgeschichte kommt (...) oder ob die Traumatisierungen von dem Leben hier in Österreich (...) als Flüchtling passiert sind.“ (IP 1, 136ff)

Und es kommt dann zusätzlich zu dieser Traumatisierung, die sie von der Flucht haben oder vom Heimatland, kommt das dann zusätzlich noch dazu. Diese Situation hier. Diese Unsicherheit, diese langen Wartezeiten. Das ist alles psychisch extrem belastend (...) Eigentlich muss man krank werden. Durch diese Lebenssituation. (IP 2, 127ff)

²⁶⁹ Näheres zur Dauer der Asylverfahren findet sich im Anhang auf Seite 167

Themen aus dem Heimatland wären zwar meistens „am Anfang“ noch präsent, wenn Menschen gerade erst nach Österreich gekommen wären. Je länger Asylverfahren dauern würden, umso mehr würde jedoch das Warten selbst für die KlientInnen zum essenziellen Problem. (Vgl. IP3, IP4)

Oft ist es eine Retraumatisierung vom "Hier warten" (...) was man meistens mitkriegt, sind Depressionen, oder auch Angstzustände, von der Situation hier. Was vorher passiert ist ... in der Fluchtgeschichte, (...) kriegt man meistens mehr mit, wenn die Familien aktuell herkommen, oder die Personen. (IP4, 92ff)

KlientInnen würden es als persönliche Missachtung empfinden, dass niemand eine Entscheidung trafe und sie so in einer Situation künstlicher Hilflosigkeit festgehalten würden (Vgl. IP3).

7.3.2. Erlebte Hilflosigkeit - wenig Selbstbestimmungsmöglichkeiten

Die soeben beschriebenen Wartezeiten sind geprägt von einer Situation, in der AsylwerberInnen wenige Möglichkeiten haben, ihr Leben selbstbestimmt zu führen. Sie müssen in einer Situation quasi erzwungener Hilflosigkeit leben - auf staatliche Hilfsleistungen angewiesen sein, da legale Arbeitsmöglichkeiten kaum vorhanden sind - aus der es nur schwer auszubrechen sei.

Weil sehr viele Sachen empfinden sie als nicht eigen bestimmt.(...)Sehr viele sind ja wirklich nicht eigen bestimmt. Weil man kann sich nicht aussuchen, wo man untergebracht wird, man kann sich sehr viele Sachen einfach als Asylwerber überhaupt nicht aussuchen. (...) Das kommt alles von außen und ich kann in sehr vielen Bereichen, noch nicht so viel selbst tätig werden oder selbst etwas bestimmen.(IP11, 419ff)

7.3.3. De facto Arbeitsverbot /Zwangsfreizeit

Die Möglichkeiten einer legalen Beschäftigung nachzugehen, sind für AsylwerberInnen extrem eingeschränkt. In Kombination mit den bereits thematisierten langen Wartezeiten während des Asylverfahrens stelle dies für viele KlientInnen eine enorme Belastung dar. Es bestünden nur wenige Möglichkeiten, sich selbst sinnvoll abzulenken, was sich nachhaltig negativ auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen auswirke. (Vgl. z.B. IP1,IP2,IP3,IP4)

"Es bringt eh nichts mehr und ich will nicht mehr". Da ist es halt wirklich oft schwierig, die Leute weg zu kriegen (...)Es wirkt so wie eine fixe Idee und die erdrückt einen komplett. Und sie vergessen total oft, dass sie noch ganz viele andere Fähigkeiten besitzen, was natürlich auch schwierig ist, weil sie ja (...) nicht arbeiten dürften, das heißt, ich kann ihnen nicht einmal eine Ablenkung anbieten, oder irgendwas, wo er seine Wertigkeiten als Mensch sieht. Also, oft fühlen sich Leute wirklich entwertet. Nix mehr, wo man sich festhalten kann. (IP4, 245ff)

Sie sind die meiste Zeit bemüht, sich beschäftigt zu halten eben außen, damit die inneren Bilder nicht auftauchen. Und darum ist dieses jahrelange Warten und nicht arbeiten dürfen ein Wahnsinn. (IP3, 379ff)

7.3.4. Sprachliche Barrieren

Bis sich Flüchtlinge selbst auf Deutsch verständigen können, bedürfen sie der Hilfe bzw. Unterstützung von anderen Flüchtlingen, die bereits besser Deutsch sprechen oder seit längerem in Österreich sind, oder müssen sich an professionelle Hilfseinrichtungen wenden. Während des Asylverfahrens haben AsylwerberInnen keinen Anspruch auf Deutschkurse, d.h. sie sind auf möglichst kostengünstige bzw. kostenfreie Kursangebote in ihrer Nähe angewiesen. (Vgl. IP8)

Deutschkurse würden zumeist als willkommene Ablenkung empfunden, sie könnten jedoch auch Frust verursachen, wenn trauma- bzw. stressbedingte Konzentrations- und Merkschwierigkeiten das Lernen erschweren bis verunmöglichen. (Vgl. IP3, IP10)

Eben mit diesen Gedächtnisproblemen, die aus dem Stress entstehen, also aus dem Trauma und aus dem Stress. Also Gedächtnis funktioniert ganz schlecht bei Stress. (...) Das ist ganz physiologisch. Und darum sind sie auch so unglücklich beim Deutsch lernen. „Wieso, ich bin schon so lange da, und ich sollte doch schon Deutsch können, es geht nicht, ich merke mir fast nichts.“ (IP3, 307ff)

Bei der Übersetzung durch DolmetscherInnen würden KlientInnen mitunter auch befürchten bzw. misstrauisch sein, dass das von ihnen gesagte nicht richtig übersetzt würde. Wenn sie sich in ihrer Muttersprache bzw. direkt mit den BeraterInnen/ BetreuerInnen verständigen können, wäre dies für viele eine Erleichterung (Vgl. IP3).

7.3.5. Mangelnde Intimsphäre in Heimen

Die Unterkünfte für AsylwerberInnen im Rahmen der Grundversorgung entsprechen nicht alle demselben Standard. Familien bzw. Frauen mit Kindern würden wenn möglich eigene Wohnungen bzw. Zimmer zugeteilt bekommen, einzelne Menschen würden jedoch oft in Unterkünften untergebracht, wo sich mehrere Menschen ein Zimmer teilen müssten. Es mangle den KlientInnen oftmals an Privatsphäre, was insbesondere für oftmals lärmempfindliche traumatisierte Menschen enorm belastend sei. (Vgl. IP2,IP3)

Diese langen Wartezeiten und bei uns ist es halt so, dass mehrere Leute in einem Zimmer sind. Das heißt die Leute haben auch keine Privatsphäre. (IP2, 143f)

Und dieses Zusammengepfercht-Sein von vielen mit der ähnlichen Problematik verschärft diese seelische Lage noch. Also ich habe einen Klienten jetzt seit 7 Jahren da (...), die ganze Zeit über (wohnt er) in einem Sechs-Bett-Zimmer. Stellen Sie sich das einmal vor. Schulkurs eben 7 Jahre lang. (IP3, 288ff)

7.3.6. Unsicherheit / Angst / Illegalisierung

Häufige Gesetzesänderungen bzw. – verschärfungen verstärkten das Gefühl der Unsicherheit bei vielen KlientInnen, wie eine Beraterin beschreibt. Für BeraterInnen sei es schwierig die Balance zu finden und KlientInnen realistisch über ihre Möglichkeiten aufzuklären, sie aber dennoch nicht vollständig zu entmutigen.

Also jetzt grade ist es besonders schwierig, weil eben seit der neuen Gesetzesänderung (...) es war vorher schon schrecklich und unglaublich rigide, aber es ist einfach jetzt noch mal, (...) wir spüren das wirklich ganz, ganz stark jeden Tag. Und die Leute haben unglaubliche Angst. (...) Wir tun uns da auch immer schwer, den Mittelweg irgendwie zu finden, (...) ob wir den Leuten, ihnen eher Mut machen soll, oder inwiefern man die Leute halt zu sehr beängstigen soll.(IP1, 253ff)

Menschen, die über keinen legalen Aufenthaltstitel (mehr) verfügten seien hiervon besonders betroffen. Sie hätten permanent Angst, dass die Polizei kommen würde um sie mitzunehmen. (Vgl. IP4)

7.3.7. Polizeieinsätze und Schubhaft

Mehrere InterviewpartnerInnen schilderten Polizeieinsätze, die von den KlientInnen als stark belastend erlebt wurden und mitunter auch Flashback-Erlebnisse auslösen könnten²⁷⁰. (Vgl. IP2, IP3, IP4, IP6)

Zusätzlich zu der Traumatisierung vom Heimatland oder von der Flucht (kommt es) halt auch wieder zu Traumatisierungen. Hier. In Österreich. Durch Schubhaft, durch Polizeieinsätze. (...) Wenn es Razzien gibt und die Leute dann, weiß nicht, sich ausziehen müssen und dann und das sind halt für die Bewohner noch einmal sehr traumatisierende Erlebnisse zum Teil. Zusätzlich. Oder gerade wegen ihrer Fluchtgeschichte auch. (IP2, 247ff)

7.3.8. Abschiebungen

Von KlientInnen wie auch SozialarbeiterInnen werden Abschiebungen als besonders einschneidend erlebt. Oftmals jahrelange Betreuungs- und bzw. Beratungsbeziehungen würden plötzlich gewaltsam beendet und auch die Art und Weise der Durchführung würde vielfach als dramatisch bzw. traumatisch empfunden. (Vgl. IP1, IP4)

Und das sind halt teilweise Leute, die seit Jahren hier leben. Also bei uns ist jetzt grade ein Bewohner abgeschoben worden nach Nigeria, der war seit 2001 glaub ich in Österreich, wohnt auch seither hier, (...) also ein älterer Mann, der nichts hat in Nigeria. Gar nichts. Und das ist dann natürlich immer dramatisch und schlimm. (IP1, 263ff)

Und die Abschiebung war auch so arg, weil er hat einen kleinen Sohn mit zwei Jahren und hat (das) gelindere Mittel²⁷¹ gehabt, ist jeden Tag hingegangen und geht hin, mit dem Sohn, und die (...) reißen ihm den Sohn aus der Hand, sperren ihn (ein) und 24 Stunden später war er in Lagos²⁷². Mit dem habe ich heute noch Kontakt. Er ruft einmal in der Woche im Büro an und fragt, ob es uns gut geht. (IP4, 450ff)

²⁷⁰ Die Erzählungen über die Flash-Back-Erlebnisse finden sich auf den Seiten 45 und 108

²⁷¹ Schubhaft sowie das gelindere Mittel sind polizeiliche Maßnahmen zur Sicherung der Abschiebung. Bei dem sogenannten gelindere Mittel müssen Betroffene sich täglich bei der nächstgelegenen Polizeistation melden um somit zu beweisen, dass sie nicht untertauchen und sich einer Abschiebung entziehen.

²⁷² Hauptstadt des afrikanischen Staates Nigeria.

7.4. Zusammenfassung und Interpretation

In den Erzählungen der InterviewpartnerInnen dominierten vielfach nicht die in Heimatländern bzw. auf der Flucht erlebten Traumata sondern jene Belastungen und negativen Erfahrungen, die die KlientInnen in Österreich machen.

Dies kann auf verschiedene Ursachen zurück zu führen sein:

- Aufgrund der anhaltenden Stresssituation im Exil werden vergangene Traumata in den Hintergrund gedrängt und im Sinne eines Selbstschutzmechanismus gelangen sie nicht oder nur fragmentarisch ins Bewusstsein. (Vgl. IP3,IP7)
- Akute Problemstellungen überlagern vergangene Traumata. (Vgl. IP7, IP10)
- SozialarbeiterInnen erleben Erfahrungen in Österreich zeitlich und räumlich unmittelbar mit bzw. beeinflussen sie auch direkt das Beratungs- bzw. Betreuungsverhältnis. (Vgl. IP2, IP4)

Die Situation von Flüchtlingen bzw. AsylwerberInnen in Österreich ist von einem hohen Maß an Fremdbestimmung geprägt, dem sie vielfach ohnmächtig gegenüberstehen.

Ob diese selbst als traumatisierend erlebt werden oder sich auf bestehende psychische Belastungen bzw. Traumatisierungen zusätzlich negativ auswirken, kann oftmals nicht zuverlässig festgestellt werden.

Die Entwicklung von (Zukunfts-)Perspektiven ist vielfach verunmöglicht, da Betroffene teilweise über Jahre hinweg wie in einem Wartezimmer festsitzen.

Die belastenden Rahmenbedingungen, die das Leben von AsylwerberInnen in Österreich prägen, wirken sich auch unmittelbar auf die Soziale Arbeit mit dieser Zielgruppe aus.

Die Handlungsspielräume Sozialarbeitender sind aufgrund der bereits beschriebenen Rahmenbedingungen ebenso stark eingeschränkt, was sich negativ auf das Gefühl der Wirksamkeit des eigenen Handelns der HelferInnen auswirken kann.

8. Wie kommen SozialarbeiterInnen mit Traumata ihrer KlientInnen in Berührung?

Wie bereits im Theorieteil angesprochen, muss davon ausgegangen werden, dass ein gewisser Prozentsatz der Flüchtlinge Traumata erlebt hat bzw. entsprechende Traumafolgeerkrankungen aufweist. Eine der Interviewpartnerinnen meinte, dass sie davon ausginge, dass ca. 80 Prozent ihrer KlientInnen traumatisiert seien (Vgl.IP7). Thema dieses Kapitels ist nun, in welcher Form Sozialarbeitende mit jenen Traumata ihrer KlientInnen in Berührung kommen, wie intensiv sie die Konfrontation empfinden und welche Geschichten bzw. Erzählungen als besonders belastend bzw. berührend empfunden werden.

8.1. Formen der Konfrontation mit Traumata

8.1.1. Erzählungen

Jeder bzw. jede der befragten SozialarbeiterInnen gab an, mit Traumata ihrer KlientInnen in Berührung zu kommen. Es käme auch zu Schilderungen bzw. Erzählungen von erlebten Traumata. Dies obwohl die Sozialarbeitenden Traumata nicht von sich aus ansprechen oder thematisieren. KlientInnen würden diese Erfahrungen auch von sich aus an sprechen.

Es ist echt so, dass wir nicht dezidiert nachfragen, weil ich denke, dass das für viele Leute, also erstens werden sie das eh im, im Asylverfahren gefragt und das sind teilweise so heikle Dinge, dass wenn sie es erzählen wollen, dann kommen sie.(...) Aber es ist meistens eher so, dass Leute von selbst anfangen zu erzählen. (IP6, 182ff)

Die Häufigkeit derartiger Erzählungen wurde sehr unterschiedlich beschrieben und deckte das Spektrum von „ganz ganz selten“ (Vgl. IP1) bis hin zu „sehr oft“ (Vgl.IP6) ab. Mehrere der InterviewpartnerInnen erwähnten in diesem Zusammenhang konkrete eigene Erfahrungen, in denen ihnen erlebte Traumata erzählt wurden und an die sie sich detailliert erinnern konnten. (Vgl. z.B.IP2, IP6, IP8, IP10)

8.1.1.1. Intensität / Detailreichtum

Wie detailreich die Erzählungen seien, sei individuell sehr unterschiedlich und reiche von jenen KlientInnen, die nichts erzählten oder höchstens Andeutungen machen würden bis hin zu jenen, die kaum noch aufhören würden zu erzählen. (Vgl. IP4, IP9)
Es hat die Personen gegeben, die überhaupt nichts erzählen wollten, die das nur in sich (hinein) gefressen haben, unter Anführungszeichen. Und jetzt nicht speziell darüber reden, also gesprochen haben. Ja, und es gab die (...), die wie ein Wasserfall losgesprudelt sind und einfach erzählt haben. (IP9, 64ff)

Ein Faktor, der den Detailreichtum bzw. die Ausführlichkeit der Erzählung beeinflusse, sei das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen KlientIn und Sozialarbeiterin (Vgl. IP8). Mehrere der Befragten meinten, dass es oftmals einzelne Fragmente seien, die erzählt würden, insbesondere wenn es nicht nur eine einzelne traumatische Erfahrung gab. Je länger man eine Person kenne, um so eher würden sich diese einzelnen Fragmente schließlich wie ein Puzzle zusammenfügen. (Vgl. IP2, IP4, IP6)

8.1.1.2. Das Vertrauensverhältnis zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn

Mehrfach betont wurde, dass ein bestehendes Vertrauensverhältnis in der Regel notwendig sei, damit KlientInnen erlebte Traumata ansprechen würden bzw. damit man diese thematisieren könnte. Dies hänge damit zusammen, dass KlientInnen anfangs oftmals skeptisch seien und die Rolle der Beratungs- bzw. Betreuungseinrichtung nicht immer richtig zuordnen könnten bzw. auch von Schleppern gesagt bekämen, dass sie z.B. keine Details der Flucht erzählen sollten. (Vgl. IP4, IP7, IP8)

Mehrere der Befragten beschreiben, dass zu Beginn der Beratung bzw. Betreuung ein Aufnahme- bzw. Anamnese-Gespräche stehen würde. Hierbei würden verschiedene Eckpunkte der aktuellen Situation der KlientInnen - z.B. asylrechtliche, gesundheitliche, psychosoziale Situation - abgeklärt. Der eigentliche Fluchtgrund würde, wenn überhaupt, nur kurz thematisiert (Vgl. IP2, IP7). Würde man zu sehr nachfragen, würden die KlientInnen oftmals skeptisch und fühlten sich wie bei einem Interview:
Wir machen immer wenn Leute kommen ein Aufnahmegespräch wo wir eben abklären, die gesundheitliche Situation und diese ganzen Dinge und (die) asylrechtliche Situation.

Wo ich aber nicht nach der Fluchtgeschichte oder so frage. Das kann schon vorkommen, dass das die Leute bei uns erzählen. (...)Und es ist wirklich auch oft so beim Aufnahmegespräch, wenn man dann mehr fragt, dann werden die Leute so misstrauisch und sagen „Ah, ist das ein Interview?“(...) Also das mögen sie dann gar nicht so gern, wenn man so genauer nachfragt.(IP 2, 50ff sowie 112ff)

Der Zeitraum, den es brauche, um eine ausreichende Vertrauensbasis zu erarbeiten, könne sehr unterschiedlich sein und hänge stark von dem jeweiligen Klienten/der jeweiligen Klientin ab. (Vgl. IP7)

(Nicht) am Anfang, weil da muss erst einmal ein Vertrauensverhältnis gebildet werden, die Leute kennen mich noch nicht, wissen auch gar nicht unbedingt, was jetzt die Caritas wirklich macht. Glauben dann vielleicht, wir sind irgend so eine Behörde. Aber im Laufe der Zeit kriegt man das dann auch erzählt. (IP8, 62ff)

BeraterInnen bzw. BetreuerInnen aus demselben Herkunftsland würde oftmals quasi ein Vertrauensvorschuss gewährt, insbesondere wenn KlientInnen gerade erst in Österreich angekommen seien: *Wenn man da als Asylwerber nach Traiskirchen oder irgendwo nach Österreich kommt oder generell in ein europäisches Land wahrscheinlich kommt, weiß (man) noch nicht so recht, wer ist jetzt von der Behörde, wem muss ich jetzt was erzählen und wie muss ich jetzt was sagen, wo muss ich aufpassen, wer kann mir was Böses meinen, dass wissen sie einfach am Anfang noch nicht. Speziell wenn es eine fremde Sprache ist. Anders ist das ganze natürlich, wenn sie dann an Personen kommen, die ihre Muttersprache, also aus einem Land stammen, wo sie eigentlich auch selber her sind und die haben einen ganz tollen Zugang, ganz schnell. (IP9, 147ff)*

Angesprochen wurde auch, dass derartige Erzählungen sich auf die Beziehung bzw. das Vertrauensverhältnis zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn auswirken könnten: *Es gibt halt gewisse Klienten, die man halt schon durch diese Erzählung, die einem schon in gewisser Weise näher sind. Dadurch dass man einfach diese Geschichten weiß. Und die wachsen einem dann vielleicht ein bisschen mehr ans Herz. (...) Man beobachtet sie dann schon länger (...), weil man einfach sie besser kennt.(IP8, 144ff)*

Ein nicht zu vernachlässigender Faktor seien auch die zur Verfügung stehenden räumlichen bzw. zeitlichen Ressourcen. Eine Sozialarbeiterin, die in einem Großraumbüro mit mehreren anderen BeraterInnen arbeitet, beschreibt, dass für persönliche Themen nicht der adäquate Rahmen bzw. eine ausreichende Privatsphäre zur Verfügung stünden: *Dass es auf eine wirklich persönliche Ebene kommt in den Gesprächen, ist jetzt nicht die Regel, würde ich sagen. Weil wir die Privatsphäre dafür nicht bieten können, weil wir die Zeit dafür nicht bieten können. (IP 1,86ff)*

8.1.1.3. Erzählstil

Drei der InterviewpartnerInnen schilderten Erzählungen ihrer KlientInnen, die ihnen insbesondere deshalb in Erinnerung geblieben seien, weil die KlientInnen scheinbar vollkommen emotionslos und distanziert von ihnen widerfahrenen Traumata erzählten. Dies stellt zwar eine aus psychotraumatologischer Sicht verständliche Verhaltensweise dar, für die betroffenen Sozialarbeitenden sei es dennoch schwierig gewesen damit umzugehen. Manchmal würde sich auch die Frage aufdrängen, ob das Geschilderte der Person tatsächlich passiert sei. (Vgl. IP1, IP4, IP6)

Und teilweise ist es auch so, dass sie Sachen erzählen wo dir vorkommt es ist total distanziert. Da ist irgendwie eine total eine hohe Mauer aufgebaut worden wo ich sozusagen nichts, nichts rauslassen will oder nichts reinlassen will, was mir irgendwie weh tun könnte. Oder was mich noch einmal verletzen könnte. Also es ist wirklich unterschiedlich. Also es wird sowohl in sehr emotionalem Stil erzählt als auch in einem sehr distanzierten Stil wo du dir denkst "Ist das dem wirklich passiert, oder denkt er sich gerade was aus?" Also es ist unterschiedlich.(IP6, 254ff)

8.1.1.4. Überlagerung durch aktuelle Problemstellungen

In vielen Fällen würden aktuelle Problemstellungen wie z.B. Existenzsicherung, die gelöst werden müssen, im Vordergrund stehen, sodass Traumata kaum „zum Vorschein kämen“ bzw. gedanklich - sowohl bei KlientInnen als auch SozialarbeiterInnen - in den Hintergrund rücken würden. (Vgl. IP7, IP10)

Also (wenn sie im) Alltagsleben zu kämpfen haben, kommen diese Traumata nicht sehr zum Vorschein. (...) Jetzt stehen die Leute so unter Strom, um das Alltagsleben zu meistern, um zu überleben brauchen sie alle Kraft und man sieht das. (IP7, 88ff)

8.1.1.5. Wann bzw. in welchem Kontext erzählen KlientInnen?

Eine der InterviewpartnerInnen, die in einem Grundversorgungsquartier arbeitet, erzählt, dass es eher selten passiere, dass sie während der Beratungszeiten im Büro des Quartiers mit Traumata in Berührung komme bzw. dass es zu derartigen Erzählungen komme. Wesentlich öfter würde so etwas im informellen Rahmen passieren, z.B. wenn sie in den Stockwerken des Hauses unterwegs sei und die KlientInnen in ihren Wohnungen besuche. (Vgl. IP4)

Ein Interviewpartner, der in einer Doppelrolle als Betreuer sowie Psychologe gearbeitet hat, meint, dass entsprechende Erzählungen der KlientInnen selten im psychologischen Kontext statt gefunden hätten, sondern dass es meist Gespräche im Rahmen der sozialpädagogischen Betreuung gewesen wären, in denen Traumata zur Sprache kamen. *Schlimme Einzelschicksale (...) wo die Gespräche nicht im psychologischen Kontext stattgefunden haben, sondern wo das dann meist so Erzählungen am Rande waren. Also so, wir machen einen Ausflug miteinander nach Wien und (ein) Kollege ist eben vorne mit der Gruppe gegangen, ich hinten. Und der (betreffende Klient) ist eben abgerissen ein bisschen, da habe ich mich auch fallen lassen. Na, und da hat er dann erzählt. Und das sind dann meistens die Gespräche gewesen, die dann am meisten unter die Haut gegangen sind, ja. Wo, ich sage einmal, die meiste Ehrlichkeit mit dahinter war und auch die schlimmsten Erlebnisse.* (Vgl. IP9, 306ff)

Eine Beraterin, die früher neben sozialer auch rechtliche Beratung gemacht hat und im Zuge dessen u.a. auch Berufungen gegen negative Asylbescheide verfasste, gab an, dass sie in dieser Position häufiger mit Traumata der KlientInnen in Berührung kam, da es im Sinne der Berufungsarbeit notwendig gewesen sei, sich fundiert mit der Flucht=geschichte auseinander zu setzen bzw. mit KlientInnen darüber zu sprechen. (Vgl. IP11)

8.1.1.6. Was können mögliche Auslöser für Erzählungen sein?

Auf die Frage, ob es mögliche Auslöser gäbe, die Erzählungen der KlientInnen evozieren würde, antworteten die InterviewpartnerInnen, dass sie sich an einzelne konkrete Auslöser bzw. Situationen erinnern könnten.

Generell würde jedoch eigentlich alles, das gewissermaßen mit dem Trauma bzw. der eigenen Fluchtgeschichte in Verbindung stünde bzw. KlientInnen daran erinnere, dafür in Frage kommen. An dieser Stelle sollen nun beispielhaft häufig genannte Auslöser beschrieben werden:

Mehrfach als möglicher Auslöser wurden Nachrichten aus dem Herkunftsland genannt, wobei dies persönliche Nachrichten von Verwandten (Vgl. IP4), Nachrichten in Fernsehen oder Presse von erneuten Unruhen sowie die Suche nach verschwundenen Familienmitgliedern über den Suchdienst des Roten Kreuzes sein könnten (Vgl. IP5).

Erlebte traumatische Erfahrungen bzw. stark belastende Erlebnisse würden oftmals hinein spielen, wenn KlientInnen aus ihrer eigenen Lebensgeschichte erzählen würden. (Vgl. IP6)

In vielen Fällen sei der Leidensdruck so groß, dass die KlientInnen bewusst für sie entlastende Gespräche suchen würden, in denen sie einmal „etwas loswerden“ könnten (Vgl. IP6.) In derartigen Situationen sei es für KlientInnen nicht (mehr) wichtig, ob man nun TherapeutIn oder SozialarbeiterIn etc. sei, es genüge quasi die erste Ansprechperson mit psychosozialem Background zu sein. (Vgl. IP9)

Insbesondere Menschen, die Kriegserfahrungen machen mussten oder als politische Gegner von staatlichen Repressionen betroffen waren, würden teilweise wie panisch reagieren, wenn sie uniformierte Menschen sähen. Dies würde verstärkt dadurch, dass auch österreichische PolizistInnen mitunter sehr grob mit ihnen umgingen. (Vgl. IP3)

Als häufiger Auslöser wurden auch Situationen genannt, in denen sich die KlientInnen erneut mit starken Gefühlen der Angst und Hilflosigkeit/Ohnmacht konfrontiert sähen bzw. das Gefühl hätten, eine Situation nicht bewältigen zu können. Dies könnten Situationen sein, in denen sich die Klientinnen von Behörden ungerecht behandelt fühlten, daran jedoch nicht unmittelbar etwas ändern könnten (Vgl. IP8).

Eine der SozialarbeiterInnen schilderte auch eine Begebenheit, in der sich eine KlientIn plötzlich mit massiven Schulden konfrontiert sah, da sie einer bekannten Person vermeintlich für ein Inlands-Gespräch ihr Mobiltelefon geliehen hatte.

(Sie ist) (...) jetzt in Österreich und es kommt jetzt von außen wieder ein Ereignis auf die Klientin zu, wo sie sich total hilflos fühlt. (...) Und das kann zum Beispiel (...) eine enorm hohe Telefonrechnung sein. Sie ist vielleicht vom Typ jemand, der das wirklich genau sich überlegt und genau gewusst hat wie viel das kosten wird, wenn sie das Handy anmeldet. Und plötzlich hat sie es halt einmal irgend jemandem gegeben, der hat halt dann gesagt, er muss da einmal irgend einen Freund anrufen und telefoniert halt dann keine Ahnung wohin und es ist plötzlich eine Riesentelefonrechnung da, sagen wir einmal von ein paar hundert Euro. Wo sie einfach sich im Moment total hilflos fühlt. Und (mit dem) Gefühl kann sie nicht umgehen. Und das ist jetzt etwas, das auf sie wieder so einbricht von außen, das sie nicht kontrollieren kann. Und das sind so Punkte, wo dann die Leute, die wirklich schwer traumatisiert sind, dann wieder in eine Situation reinkommen können, und dann wieder in dem drinnen sind, was ihnen im Heimatland auch passiert ist. (...) Das kann in der Sozialarbeit ja genauso der Fall sein oder ist ja oft einmal der Fall. (IP11, 387ff)

Ebenso können Probleme bzw. Situationen in der Gegenwart, die in Verbindung mit dem Trauma stehen, diesbezügliche Erzählungen auslösen. Eine mögliche Motivation für KlientInnen zu erzählen, sei auch, dass sie Sozialarbeitenden verständlich machen/erklären wollten, warum es ihnen aktuell nicht gut gehe bzw. warum sie gewisse Probleme hätten.

Eine Interviewpartnerin erzählte beispielhaft von einem ihrer Klienten, der aufgrund einer Traumatisierung unter Konzentrations- und Merkproblemen litt und deshalb vom Deutschkurs fernblieb. Als sie dies in einem Gespräch thematisierte, versuchte er ihr zu erklären, warum „sein Kopf kaputt“ sei und er sich nicht konzentrieren könne.

Einmal war eben ein Gespräch mit einem Klienten wegen dem Deutschkurs, irgendwie wo er länger nicht hingegangen ist und wo mich die Deutschlehrerin eben gebeten hat, dass ich mit ihm darüber spreche. Und wo er dann gesagt hat, nein, er kann nicht hingehen, er kann sich nicht konzentrieren, der Kopf ist kaputt. Und dann hat er begonnen so zu sagen, ich glaube er wollte mir erklären irgendwie, damit ich das

verstehe, warum sein Kopf kaputt ist. (...) Und er hat begonnen zu erklären, was mit ihm gemacht wurde. Also dieser Klient wurde eben, er wurde gefoltert und er hat mir dann erklärt, wie er gefoltert wurde. (IP10, 240ff)

Oftmals würden Erzählungen auch in Verbindung mit dem Asylverfahren stehen, d.h. dass sie mit Interviews verbunden sein können, wo sie dazu angehalten würden, ihre Fluchtgeschichte detailliert zu erzählen (Vgl. IP5) oder auch bei KlientInnen, die einen bereits gewährten subsidiären Schutz (§ 8 Asylgesetz) verlängern müssen. (Vgl. IP8) *Man muss ja diese Verlängerung des Paragraphen auch jedes Jahr machen. Und das wird jetzt dann zum Beispiel abgelehnt oder es sind irgendwelche anderen Sachen, wo dann einfach massiv wieder, die Situation im Heimatland, die Sachen, die passiert sind, aktuell werden und dann fühlt man sich halt wieder daran erinnert. Also es sind hauptsächlich eher so, weiß ich nicht, so behördliche Einschnitte, die das Ganze dann wieder irgendwie hochkommen lassen.(IP8, 103ff)*

Im Wohnbetreuungs- als auch im Beratungskontext sei man auch immer wieder damit konfrontiert, dass KlientInnen Bescheide des Bundesasylamtes bzw. Erkenntnisse des Asylgerichtshofes bekämen. Da in diesen nur die endgültige Entscheidung, nicht aber die Argumente, die zu dieser geführt haben, in die jeweilige Sprache des Klienten/der Klientin übersetzt sind, würden KlientInnen oftmals jemanden suchen, der ihnen die vollständige Entscheidung übersetzt bzw. diese mit ihnen bespricht. Sozialarbeitende kommen so auch durch das Lesen der Entscheidungen bzw. Gespräche mit KlientInnen über diese mit den jeweiligen Fluchtgeschichten in Berührung.(Vgl. IP 6, IP11)

Eine Interviewpartnerin erzählte auch von einer Begebenheit, in der ein Klient bewusst von seinen Kriegsverletzungen erzählte bzw. diese teilweise sogar herzeigte, da er sich daraus einen Vorteil bezüglich der Wohnplatzvergabe erhoffte.

Es gibt schon öfter, dass die Leute halt ihre Geschichten erzählen, (...) weil sie sich halt eben daraus erhoffen, weiß ich nicht, jemand ist auf Wohnungssuche, ist angemeldet bei einem (...) sozialen Projekt, für eine Wohnung, weiß aber (...) er hat Konkurrenz in diesem Wohnprojekt. Und kommt dann zu uns. Bittet um Unterstützung(...)Da erzählen dann schon die Leute oft, meistens über ihre Krankheiten. Und da kommen dann die Krankheiten ins Spiel mit denen sie sich erhoffen und natürlich auch zu Recht erhoffen,

dass sie bevorzugt behandelt werden mit ihren Anträgen. Und da kommt (...) dann immer wieder mal, also das, wie ist es zu meiner Krankheit gekommen, sei es dass sie irgendwelche Schusswunden, Verletzungen herzeigen oder dass sie erzählen, warum gewisse Traumatisierungen halt da sind. (IP1,117ff)

8.1.2. Verhalten der KlientInnen bzw. Auswirkungen traumatischer Erlebnisse

Neben der direkten Konfrontation mit Traumata der KlientInnen durch Erzählungen wurde von den InterviewpartnerInnen angeführt, dass sie ebenso durch deren Verhalten sowie Auswirkungen traumatischer Erfahrungen, z.B. in Form von möglichen Erkrankungen, die auf diese zurückzuführen sind, mit Traumata in Berührung kämen. Mehrere InterviewpartnerInnen meinten, dass sie mit Traumatisierungen der KlientInnen sogar eher auf diese Art in Berührung kämen.

(Vgl. IP1, IP2, IP4, IP7, IP10)

Die Auswirkungen, die spürt man eigentlich fast täglich würde ich sagen. (IP10, 164f)

Wir bekommen die Traumatisierungen von den Leuten, (...) viel eher mit in diesen alltäglichen, nebensächlichen Handlungen, die sie setzen.“ (IP 1, Zeilen 128f)

8.1.2.1. Niedrige Frustrationstoleranz / Aggressionen

Insbesondere die Frustrationstoleranz der KlientInnen sei vielfach sehr niedrig, was auch zu Aggressionen führen könne, die die SozialarbeiterInnen mitbekommen würden. Hier könne nicht immer klar abgegrenzt werden, ob dies auf traumatische Erlebnisse im Heimatland oder auf die zermürende Situation bzw. die Daueranspannung aufgrund jahrelanger Asylverfahren zurück zu führen sei. (Vgl. IP1, IP2, IP6, IP7)

Wir bekommen sehr viel Aggression mit hier, auch gegen uns, (...) also (die) Frustrationstoleranz ist bei den Leuten einfach ganz, ganz niedrig. (...) Es ist dann schwierig abzuschätzen, ob es jetzt von ihrer Fluchtgeschichte kommt, oder von den Erlebnissen in ihrem Heimatland, oder ob die Traumatisierungen von dem Leben hier in Österreich, oder in Europa, als Flüchtling passiert sind. (IP 1,133ff)

Eine Interviewpartnerin, die in einem Grundversorgungsquartier arbeitet, beschreibt, dass eine ihrer KlientInnen zwar bei Hemayat in Therapie gewesen sei, nach den Therapiestunden jedoch zumeist mehrere Tage ein „Nervenbündel“ gewesen sei und bereits Kleinigkeiten für sie vollkommen unerträglich gewesen seien.

Sie war bei Hemayat und du hast gemerkt: Jedes mal, wenn sie von dort zurückkommt, dass sie das noch alles mit wieder zurück hernimmt. Und die war dann zwei, drei Tage, ein Nervenbündel. Also. Keine Ahnung. Es hat nur nicht funktioniert, dass jemand ihr sofort die Waschmaschine aufsperrt, und sie hat geweint, eine Stunde. Also, dann sind Kleinigkeiten und, also, unpackbar für sie gewesen. (IP4, 100ff)

Aggressives Verhalten der KlientInnen könne sich generell in beide Richtungen äußern, d.h. die Aggression können sich gegen andere oder gegen sich selbst richten:

Also das war in beide Richtungen, also autoaggressiv oder fremdgerichtet. Entweder sind sie permanent in irgendwelche Raufereien, Streitereien verwickelt oder es geht eben wirklich in Richtung (selbst) schneiden, Arme speziell aufschneiden. Also das ist auch so eine klassische Sache, wo sofort die Alarmglocken läuten müssen. (IP9, 283ff)

Im Wohnbetreuungskontext (Anm.: erwachsene Männer) sei aggressives Verhalten unter Bewohnern immer wieder Thema, insbesondere wenn auch Alkohol im Spiel gewesen sei. Nach einer aggressiven Phase käme es jedoch häufig zum Zusammenbruch der betreffenden Person: *Also wenn das jemand ist, der gerade alkoholisiert ist, wenn der merkt, es spielt sich da irgend etwas ab, was mir schon einmal passiert ist und ich fühle mich jetzt bedrängt, dass der dann sehr aggressiv reagiert. Dann vielleicht die Aggression jetzt auch sozusagen auf andere Klienten projiziert wird. Die sind dann irrsinnig aufgebracht und das ist dann teilweise so, dass die, also wenn sie sich dann so halbwegs beruhigt haben und zum Beispiel jetzt aus dem Affekt heraus irgendwie etwas war, dass sie, wenn sie sich beruhigt haben was erzählen. Und dann aber in Tränen ausbrechen. Also dass sie das absolut fertig macht. Was sie erlebt haben. (IP6, 246ff)*

Eine der Beraterinnen beschrieb, dass es mitunter aufgrund aggressiven Verhaltens bzw. Suchtproblematiken der KlientInnen auch in der Beratung zu Problemen käme, die sich auf das Sicherheitsgefühl der BeraterInnen auswirken würden.

Es gibt Kolleginnen, die Probleme mit Klienten haben, die halt vom Verhalten her sehr schwierig sind. (...) Klienten, die ausflippen hin und wieder, Klienten,(die) man mit Samthandschuhen angreifen muss, Klienten, bei denen man die Tür offen lassen soll, wenn die da sitzen. (...) Wir merken, dass etwas nicht stimmt, z.B. bei Klienten, die unter Drogen stehen. Die Arbeit ist nicht leicht. Sicher nicht. Und ungefährlich auch nicht, würde ich sagen. (IP7, 134ff)

Angesprochen wurden in diesem Kontext auch geschlechtsspezifische Unterschiede dergestalt, dass Männer eher zu offensivem Verhalten neigen würden, wenn sie das Gefühl hätten, die BeraterInnen bzw. BetreuerInnen nähmen sie nicht Ernst genug, würden sie vergessen oder zu wenig für sie tun.

Die (Frauen) gehen nicht auf Konfrontation. Sie sind vielleicht mehr beharrlich und fragen freundlich nach oder anders. Also ganz wenige, die jetzt wirklich, also schon, höre ich auch, aber im Verhältnis zu dem wie oft ich höre, dass Männer eben so ausflippen oder halt laut werden, die MitarbeiterInnen anbrüllen. Also Frauen tun das viel seltener. (...) Aber eben auch dieses Gefühl, sie werden nicht gehört, es kümmert sich niemand um sie, sie werden vergessen, das macht dieses Drängen so groß. (IP3, 344ff)

8.1.2.2. Ablehnende bzw. abwehrende Muster

Zu beobachten seien weiters abwehrende bzw. ablehnende Muster oder Haltungen, die in Verbindung mit erlebten Traumata stünden, die jedoch von den BetreuerInnen nicht immer sofort richtig zugeordnet werden könnten.

(Es sind) teilweise auch Dinge, wo sich ein Klient dann komisch verhält. Und wo man dann erst im Nachhinein draufkommt, okay, das könnte vielleicht mit irgendwas zu tun haben, das ihm einmal passiert ist. Dass das sozusagen auch irgendwie (...) eine ablehnende Haltung oder (ein) abwehrendes Muster gegen irgendwas besteht, was jetzt für uns, in unserem täglichen Leben eigentlich jetzt nicht so etwas Weltbewegendes ist, aber für den Klienten aufgrund seiner Erlebnisse doch auch eine irrsinnige Überwindung ist beziehungsweise überhaupt nicht möglich ist. (IP6, 192ff)

8.1.2.3. Suchterkrankungen und Abhängigkeiten

Drei InterviewpartnerInnen beschrieben, dass KlientInnen teilweise auch Suchterkrankungen bzw. Abhängigkeiten entwickeln würden, einerseits um intrusive Traumasymptome bzw. Gedanken zu unterdrücken und andererseits auch aufgrund des als zermürend empfundenen jahrelangen Wartens. Diese Betäubungsversuche würden jedoch nur bedingt funktionieren und könnten Zusammenbrüche der Klientel auch verstärken. (Vgl. IP4, IP7, IP6)

Also jetzt Alkohol und Drogen. Das sind schon einfach auch Sachen, wo viele drauf einsteigen, wobei das nicht optimal ist, also ganz und gar nicht optimal einfach. Es ist ein Stück weit auch eine Konfliktlösungsstrategie würde ich einmal sagen. Einfach um Sachen zu verdrängen, wegzuschieben. Die sind dann nicht da. Da geht es ihnen dann eine Zeit lang gut aber das kommt wieder, also, es ist wirklich so ein Verdrängungsmuster, einfach auch Drogen und Alkohol zu missbrauchen, würde ich einmal sagen. (IP6, 309ff)

8.1.2.4. Psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen

Häufig beschrieben wurden auch psychische sowie psychosomatische Beschwerden der KlientInnen. Diese können sich auf verschiedene Arten äußern:

- Depressionen, Ängste, Rückzug (Vgl. IP2,IP10), die durch die aktuelle Situation während des Asylverfahrens in Österreich verstärkt würden:
Schon auch viele Ängste, eher Depressionen kommen halt häufig vor. Und dass sie sich wirklich dann zurückziehen. Und nur mehr schlafen. Dass ist halt auch bei uns, dass die Leute (...) ja nicht arbeiten dürfen und überhaupt wenig Beschäftigung haben. Und das fördert das dann noch dazu. (IP2, 70ff)
- Schlaflosigkeit (Vgl. IP2, IP6, IP9): Auch wenn es tagsüber gelänge sich abzulenken (durch Eigeninitiative bzw. Angebote in den Einrichtungen), sei die Zeit abends bzw. in den frühen Morgenstunden am kritischsten, da hier oft schmerzhaft Nachdenkprozesse in Gang gesetzt würden. (Vgl. IP9)
Er beschreibt das immer so, wenn er zu denken anfängt, kann er nicht einschlafen, (...) er ist dann rastlos, er kann nicht einschlafen. (IP6, 269f)
Man muss vor allem auch die dann berücksichtigen, die dann in der Nacht das Gespräch zu den Nachtportieren suchen. Die wie gesagt, genau in dem Moment

dann nicht einschlafen können oder vielleicht sogar schon einmal eingeschlafen sind, aber dann permanent aufwachen. Es gibt Personen, die aufschreien einfach in der Nacht, wo das ganze Zimmer daneben nachher munter ist, auf einmal. Und das regelmäßig und nicht nur einmal passiert. (IP9, 262ff)

- *Körperliche Beschwerden bzw. Schmerzen ohne Befund (Vgl. IP3, IP10): Sehr viel oder fast alle Flüchtlinge somatisieren, haben Körperschmerzen, machen einen Ärzteparcours ohne Ende und kriegen dann keine Diagnose. Jeder Arzt sagt es ist alles in Ordnung, sie haben da einen, kriegen halt Beruhigungs- und Schlafmittel üblicherweise. Und sie sagen aber, es tut weh. Und es tut ja auch wirklich weh, nur ist das sozusagen der Ausdruck von einem inneren Schmerz. (IP3, 362ff)*
- *Überlagerung der Traumatisierung mit psychiatrischen Erkrankungen: Also gerade bei Leuten, die schizophren sind ist es ganz massiv wenn die eben Stimmen hören. Dass die sich teilweise Sachen einbilden, dass wenn sie irgendwo gehen, oder so, dass sie einfach verfolgt werden von Menschen, die vielleicht sogar schon gestorben sind. Und die einfach permanent von diesen Stimmen verfolgt sind. Die mit irgendeinem Erlebnis verbunden sind, das sie in der Heimat gehabt haben. (IP6, 235ff)*

8.1.2.5. Flashback-Erlebnisse

Ein Betreuer erzählte auch von einem Flashback-Erlebnis eines Klienten, der aus der Mongolei stamme, wo er mehrere Jahre inhaftiert und gefoltert worden sei:

So ein Verdrängungsmuster von ihm ist, dass er sich halt irrsinnig betrinkt. Er hat ein massives Alkoholproblem und er war einmal so betrunken, dass er von der Polizei irgendwo aufgefunden worden ist. Er ist irgendwo auf der Straße gelegen und die haben ihn dann aufgeweckt und er ist dann total ausgezuckt. Er hat gedacht, sie werden ihn jetzt wieder einsperren und verprügeln. Das war halt in dem Moment das, was in ihm vorgegangen ist. (...) Das sind halt so Sachen, wo sich halt im Klienten Dinge abspielen, die er einmal erlebt hat und wo er eine irrsinnige Angst davor hat. (IP6, 214ff)

8.1.3. Die umfassende Präsenz des Traumas

Die Traumata der KlientInnen seien auch dann präsent, wenn sie nicht direkt angesprochen würden oder unmittelbar am Verhalten der KlientInnen merkbar wären. Eine der BeraterInnen spricht davon, dass sich die Traumata wie ein roter Faden durch alle Akten ziehen würden, auch wenn dies nicht einfach zu erklären sei. (Vgl. IP7)

Traumata, die „in den Raum gestellt würden“, d.h. einmal angesprochen worden seien, würden immer präsent bleiben bzw. würde teilweise auch darüber gesprochen ohne das Ereignis noch explizit erwähnen zu müssen. (Vgl. IP5, 307ff)

8.2. Was wird von den Sozialarbeitenden als besonders berührend bzw. belastend erlebt? Was beschäftigt über längere Zeiträume?

Als Antwort auf diese Fragen wurde von den InterviewpartnerInnen folgende Erzählungen bzw. Situationen beschrieben:

8.2.1. Negative Erfahrungen in Österreich

Erfahrungen der KlientInnen, die sie selbst „miterlebt“ hatten, d.h. die sich in Österreich zugetragen haben wie beispielsweise Polizeirazzien, Festnahmen, Schubhaft, Abschiebungen, Suizidversuche bzw. vollendet Suizide, schwere Unfälle mit Todesfolge, etc. (Vgl. IP4, IP6, IP10)

Schlimme Erlebnisse hier, das kriege ich häufig mit (...) und das wird mir auch immer gleich erzählt. Das hat oft mit Behörden zu tun. Mit Kontrollen. Oder Art der Festnahmen, die dann detailliert erzählt werden. (IP4, 195ff)

Also es ist auch so, dass wir im Laufe des letzten Jahres einmal einen Suizid gehabt haben.(...) Der war, einfach dass er so einen großen Leidensdruck gehabt hat, dass er sich das Leben genommen hat. Und das war sowohl bei den Klienten sehr lange spürbar, dass es die belastet,(...)als auch bei uns, beim Team. (IP6, 328ff)

8.2.2. Sich mit verantwortlich fühlen – Schuldzuschreibungen

Eine Betreuerin beschreibt, dass sie anfangs selbst mit verantwortlich gemacht habe, als ein Klient aufgrund eines Aggressionsausbruchs das Grundversorgungsquartier verlassen musste und kurz danach abgeschoben wurde:

Weil da habe ich das Gefühl gehabt, ich habe versagt, ich habe es nicht geschafft, ihn vorher in Therapie zu kriegen. Jetzt weiß ich, das ist jetzt, das hat nichts mit mir zu tun gehabt sondern, das ist dann sein Ding. (...) Und ich war überfordert ohne Ende, weil das war wirklich so der Anfang. (...) Und ich habe damals die ganze Verantwortung auf mich genommen. Weil ich gemeint habe, den habe ich nicht gut betreut. (...) Also jetzt weiß ich, (...) das kann es nicht sein. Es gibt immer noch diese Eigenverantwortung.(IP4, 459ff)

8.2.3. Eigene Hilfslosigkeit

Beschäftigen sowie starke Emotionen wie Ärger und Wut würden insbesondere jene Erzählungen und Erlebnisse auslösen, in denen man auch als SozialarbeiterIn eine gewisse Hilfslosigkeit Ungerechtigkeiten gegenüber miterleben müsse. Dies betrifft insbesondere Entscheidungen bzw. Vorgehensweisen von Behörden, auf die man selbst nur geringfügig Einfluss habe und manchmal das Gefühl bekäme „gegen Windmühlen zu kämpfen“. (Vgl. z.B. IP1, IP2, IP4, IP5)

Ich habe zum Beispiel einen Fall gehabt von einer Frau, die hat in einer Flüchtlingspension gelebt und ist schwanger nach Österreich gekommen. Hat dann den subsidiären Schutz gekriegt, die war auch traumatisiert, und hat dann in ihrer Schwangerschaft das Kind verloren. Und von der Landesregierung (Anm. Niederösterreich) gibt es eben so Aufforderungen zum Einsatz der eigenen Arbeitskraft. Da muss man dann jedes Monat bei unterschiedlichen Firmen sich bewerben und muss dann halt nach der Anerkennung dann eben auch nach einer gewissen Frist aus der Flüchtlingspension ausziehen und die Frau ist dann auch aus der Grundversorgung entlassen worden. (...) Ich habe ihnen geschildert, diese Frau das Kind verloren (hat) und schon traumatisiert (ist)(...)Von der Landesregierung (ist) die Antwort gekommen "Nein, sie soll sich nicht so anstellen, wenn sie sich Arbeit sucht und sich eine Wohnung sucht ist sie wenigstens abgelenkt." (...) Und solche Sachen machen einen dann wirklich fertig, also das verärgert einen dann wirklich. (IP8, 339ff)

8.2.4. Parallelen zum eigenen Leben

Erzählungen bzw. Begebenheiten, die besonders nahe gingen seien insbesondere auch jene, mit denen man sich selbst bis zu einem gewissen Grad identifizieren könne:

Es gibt natürlich auch immer wieder einmal so Situationen, wo man sich danach zum Teil selbst so mit Situationen auch einmal identifiziert. Oder so das Gefühl hat, wenn ich jetzt in dem Land geboren worden wäre, dann wäre es mir wahrscheinlich genau so gegangen.(...) Also das ist, denke ich mir, natürlich auch immer ganz abhängig (...) von der eigenen Lebensgeschichte oder wo man halt auch gerade so steht. (...) Da merke ich dann auch teilweise, (...) da könnte jetzt ein Zusammenhang da sein, warum mich das jetzt einfach auch wirklich in dem Moment beschäftigt. (IP11, 666)

Eine der Betreuerinnen beschrieb, dass ihr die Erzählungen und Geschichten von Frauen viel näher gingen, weshalb sie bevorzugt mit Männern arbeite. (Vgl. IP4)

8.2.5. Langjährige Betreuungsbeziehungen

Besonders berühren Erzählungen bzw. Erlebnisse von jenen KlientInnen, die man bereits seit einem langen Zeitraum kenne und betreue, insbesondere wenn das Betreuungsverhältnis abrupt ende, wie z.B. im Zuge einer Abschiebung. (Vgl. IP1, IP4)

8.2.6. Unvorhergesehene Erzählungen

Es gäbe auch Erzählungen, mit denen man sehr unerwartet konfrontiert würde, da KlientInnen „nebenbei“ zu erzählen begännen. Hier würde die Möglichkeit fehlen, sich selbst auch derartige Erzählungen einzustellen. (Vgl. IP9)

8.2.7. Die „ersten“ KlientInnen nach dem Berufseinstieg

Ein Betreuer meinte, dass ihm insbesondere Erzählungen und Geschichten seiner „ersten“ KlientInnen nach dem Berufseinstieg sehr nahe gegangen seien und ihn oftmals lange beschäftigt hätten. (Vgl. IP9)

8.3. Zusammenfassung und Interpretation

Wie in diesem Kapitel deutlich wird, kommen Sozialarbeitende im Beratungs- wie auch im Wohnbetreuungskontext intensiv mit Traumata ihrer KlientInnen in Berührung.

Von den interviewten Personen wurde angegeben, dass sie mit direkten Erzählungen von traumatischen Erfahrungen der KlientInnen konfrontiert seien.

Diesbezüglich von Relevanz ist vorrangig die Intensität, mit der die Befragten mit Traumata in Berührung kommen. In Bezug auf Erzählungen von Traumata ist hier anzumerken, dass – obwohl die Häufigkeit derartiger Erzählungen unterschiedlich beschrieben wurde – sich alle Befragten detailliert an einzelne Erzählungen erinnern konnten und diese als sehr berührend bzw. belastend beschrieben haben.

Ebenso sind Sozialarbeitende auch mit verschiedensten Auswirkungen des Erlebten im Verhalten der KlientInnen konfrontiert und kommen durch das Lesen bzw. Besprechen behördlicher Schriftstücke mit den Fluchtgeschichten der Klientel in Berührung.

Erlebte Traumata der KlientInnen haben einen Einfluss auf die Beratungs- bzw. Betreuungsarbeit, auch wenn sie nicht thematisiert werden oder unmittelbar durch das Verhalten merkbar sind.

Von den Sozialarbeitenden werden insbesondere jene Erzählungen und Erlebnisse als besonders berührend bzw. belastend empfunden,

- die KlientInnen betreffen, die sie schon über einen längeren Zeitraum hinweg betreuen und zu denen ein entsprechendes Vertrauensverhältnis besteht.
- die sie von ihren „ersten“ KlientInnen nach dem Berufseinstieg oder unvorhergesehen erzählt bekommen.
- die Bezugspunkte zum eigenen Leben der Sozialarbeitenden aufweisen.
- die Sozialarbeitende selbst „miterleben“ und bei denen sie selbst starke Gefühlen wie Ohnmacht, Angst und Trauer erleben oder sich sogar selbst mit verantwortlich fühlen.

9. Wie geht es SozialarbeiterInnen, wenn sie mit Traumata konfrontiert werden bzw. wie gehen sie damit um?

9.1. In der Situation selbst

9.1.1. Gefühlsebene

Also wenn mir so Geschichten erzählt worden sind, dann habe ich das auch gespürt. (IP2,190f)

Es gibt sicher Geschichten, von denen man Kopfschmerzen bekommt (IP7,304f)

Die InterviewpartnerInnen erzählten, dass es für sie sowohl persönlich berühren als auch belastend sei, direkt mit Traumata der KlientInnen konfrontiert zu werden. (Vgl. z.B. IP2, IP10). Wie es ihnen konkret in der Situation ginge, bzw. was sie empfinden würden, hinge von mehreren Faktoren ab:

- Der eigenen (Tages)Verfassung (Vgl. IP6, IP10): *Es kann auch einmal stimmungsabhängig sein. (...) Man ist einfach leicht krank oder irgendwas (...) wenn man dann einmal so auf die letzten paar Jahre so zurückschaut denkt man sich, okay, da war einmal so eine Phase drinnen, da war ich eigentlich viel empfindlicher auf dieses und jenes. (IP11, 680ff)*
- Möglichen Bezugspunkten zum eigenen Leben (Vgl. IP3, IP4)
- Unvorhergesehene Erzählungen (Vgl. IP9). Es sei schwieriger wenn in Gesprächen „nebenbei“ von Traumata erzählt würden, da man selbst „unvorbereitet“ sei.

Die Konfrontation mit Traumata löst auch in den Sozialarbeitenden selbst starke Emotionen aus, wie z.B. Trauer (Vgl. IP2, IP5, IP10) und Ärger / Wut (Vgl. IP8).

9.1.2. Reaktionsmuster

Auf die Frage, wie es ihnen gehe bzw. wie sie unmittelbar in der Situation selbst reagierten, wenn sie mit Traumata konfrontiert würden, antworteten die InterviewpartnerInnen mitunter sehr unterschiedlich, sodass verschiedene Reaktionsmuster herausgefiltert werden konnten.

9.1.2.1. Empathisches Mitfühlen & professionelle Distanz

Eine der Betreuerinnen beschreibt, dass es sie sehr betreffe, wenn sie von Traumata erzählt bekäme und sie ein Stück von dem Gefühl der KlientInnen mitbekommen würde.

Wenn mir so Geschichten erzählt worden sind, dann habe ich das auch gespürt. (...) ist schwer zu erklären, also dass es einen sehr betrifft dann einfach, und dass man ein Stück das mitkriegt, von dem Gefühl einfach. Von diesem schrecklichen. (IP2, 173ff)

Eine andere Interviewpartnerin beschreibt, dass es darum ginge, mit auszuhalten, dass etwas schrecklich ist. Es gäbe Situationen, an denen könne man objektiv nichts verändern (z.B. andauernder Bürgerkrieg oder Unruhen im Herkunftsland), aber man könne für diese eine Person da sein. Da zu sein, Machtlosigkeit bzw. Ohnmacht mit auszuhalten und mitzufühlen, ohne sich selbst überwältigen zu lassen, würde eine große Hilfe für Betroffene darstellen.(Vgl. IP3)

In mehreren Interviews wurde thematisierte, dass es oftmals schwierig sei, die Balance zwischen zu viel und zu wenig Empathie zu finden. Einerseits müsse man sich bis zu einem gewissen Grad berühren lassen, um empathisch sein zu können, andererseits dürfe man sich nicht zu sehr „hinein fallen lassen“, um handlungsfähig zu bleiben.

Ich denke mir wichtig ist, einfach so immer zwischen diesen beiden Extremen die Mitte zu finden. (...) Also wie gesagt, nicht sich völlig reinfallen lassen, weil man dadurch ja auch total handlungsunfähig wird, aber auch nicht dann in eine Situation zu kommen, wo man dann eigentlich total dumpf ist und eigentlich gar nichts mehr von dem spüren kann, weil man es einfach nicht mehr aushält.(IP11, 460ff)

Die Interviewpartnerin beschreibt, dass sie in der Arbeit mit KlientInnen gelernt habe, wie weit sie sich berühren lassen könne und wo sie „Stopp“ sagen müsse. (Vgl. IP11)

Mehrfach betont wurde auch, dass es trotz des empathischen Zugang einer notwendigen professionellen Distanz bedürfe. Dies würde bedeuten, in seiner Rolle als BeraterIn zu bleiben bzw. sich ausreichend distanzieren zu können, um Problemlagen bzw. Situationen aus mehreren Perspektiven heraus betrachten zu können.

Ich bin nicht der Freund des Klienten, sondern ich bin der Berater des Klienten und versuche eben aus der Beraterperspektive das Ganze zu sehen. Und das dann eben nicht zu nahe kommen zu lassen. (IP8, 89ff)

Ich kann mich relativ gut distanzieren und das von der Seite betrachten, was in vielen Fällen hilfreicher ist, als (wenn man) sehr emotionell (...) ist. Dann sieht man das Problem nicht richtig.(...) Ohne diese menschliche Komponente (Anm. gemeint ist das Mitfühlen mit KlientInnen) kann man nicht (arbeiten), aber trotzdem, (...) um einen Fall richtig zu bearbeiten, brauchst man die Distanz, weil wenn man sich mit dem Klienten identifiziert (...) ist es auch nicht sehr hilfreich. (IP7, 200ff)

9.1.2.2. Akute Überforderung

Eine der InterviewpartnerInnen beschrieb, dass sie vor einiger Zeit in eine Situation gekommen wäre, wo sie sich akut überfordert gefühlt habe, als ein Klient ihr detailliert von der Erschießung seiner Ehefrau unter Anwesenheit der gemeinsamen Kinder erzählte: *Und ich hab´ das in dem Moment, (...) ich hab es dann einfach nicht ausgehalten. Also ich habe fast gar nichts mehr gesagt, habe mich nur darauf konzentriert, dass ich jetzt nicht zu weinen anfangen vor ihm. (IP1, Zeilen 191ff)*

9.1.2.3. Vielleicht stimmt es ja gar nicht...

Im Laufe der Berufspraxis passiere es immer wieder, dass man auch auf Flüchtlinge treffe, die nicht die Wahrheit erzählten bzw. über die wahren Hintergründe ihrer Flucht oder auch aktuelle Problemstellungen täuschten. Dies könne damit zu tun haben, dass sie sich mit einer falschen Geschichte etwas erhofften, dass ihnen der Schlepper/die Schlepperin eine Geschichte eingeschärft habe, die sie erzählen sollen, etc.

Die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass es sich um keine wahre Geschichte handelte, würde es in manchen Fällen für die Sozialarbeitenden leichter machen, damit umzugehen.

Problematisch sei es jedoch wenn man in eine generell skeptische bzw. misstrauische Haltung verfiere. Der Austausch mit KollegInnen würde sich in diesen Fällen als sehr hilfreich erweisen. (Vgl. IP1, IP9).

Naja, wer weiß, ob das eine wirkliche Geschichte ist oder ob er mich da jetzt nicht gerade als Behörde irgendwie sieht und glaubt, er muss mir da jetzt besonders was erzählen. (...) Und da war man immer sehr versucht, (...) auch zumindest die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass es jetzt nicht unbedingt die Wahrheit ist die da jetzt erzählt wird. (...) Natürlich, es ist bewusst und es stimmt, dass da anderes, vielleicht noch viel Schlimmeres dahinter steht, aber man kann sich ein bisschen damit rausreden in manchen Situationen (...). Und das kommt bei den Gesprächen mit den Kollegen, die ich auch schon erwähnt habe, ganz gut rüber. "Weißt du was, glaubst du ihm diese ganze Geschichte oder glaubst du diesen Zusammenhang?" Und da kommen ganz gute Rückmeldungen. Wie man das wieder ein bisschen besser einschätzen kann und sich da auch wieder besser fühlen kann einfach. (IP9, 375ff)

Also am Anfang war für mich einmal jeder Mensch der zu mir gekommen ist und gesagt hat „ich brauche einen Schlafplatz, ich schlafe auf der Strasse“ war für mich am Anfang klar, ok, der schläft auf der Strasse. Heute denk ich mir das nicht mehr. Heute denk ich mir eher umgekehrt, (...) bei den meisten Personen, die zu mir kommen und sagen, sie schlafen auf der Strasse, denk ich mir im Vorhinein „glaub ich dir nicht“ (...) musst mich einmal davon überzeugen, dass es wirklich so ist. Was sicher ein Riesenproblem ist (...) (IP 1, 259ff)

9.1.2.4. Detaillierte Traumaerzählungen stoppen & auf Psychotherapie verweisen

Mehrere der Sozialarbeitenden gaben an, dass sie mit den Traumata der KlientInnen nicht arbeiten würden, da dies ihre Kompetenzen überschreiten würde.

Ich tu eher mit dem arbeiten, was jetzt so da ist. Und tu dann schon weitervermitteln zu Therapieeinrichtungen. (...) Also das machen wir dann eher. Aber ich arbeite jetzt nicht so mit dem, was passiert ist. Ja, ist nicht mein (1) würde meine Kompetenzen überschreiten. (IP2, 115ff)

Und ich auch glaube nicht, dass jetzt eine Sozialarbeiter, der seiner Profession da treu bleiben will, dann irgendwo an diesen Traumatisierungen da irgendwie weiter arbeiten soll. Ich meine natürlich (...) werde ich ihn jetzt nicht völlig abblocken, wenn er einfach

eine Erzählung beginnt, aber ich werde natürlich schauen ihn darauf hinzuweisen, oder sie darauf hinzuweisen dann, das auch in einer Therapie zu behandeln. (IP11, 337ff)

Eine der InterviewpartnerInnen beschrieb, dass sie versuchte detaillierte Erzählungen von Traumata zu stoppen, einerseits im Interesse ihrer KlientInnen und andererseits auch um ihrer selbst willen.

Durch eine genaue Erzählung könne eine Retraumatisierung statt finden bzw. würde das Trauma im Leben der KlientInnen wieder mehr an Präsenz gewinnen. Sie selbst könne, da sie keine Therapeutin sei, die KlientInnen nicht adäquat auffangen bzw. würde es auch sie selbst zu stark belasten.

Ich zeige, dass das mir auch sehr nahe geht, ja. Also dass das wahnsinnig schlimm sein muss und ich kann das richtig nachempfinden. (...) Ich weiß nicht, wie ich es genau formuliert habe dann, aber eben so, das klingt sehr schrecklich und das muss sehr schlimm sein, wenn sie mir das jetzt noch einmal so erzählen. So irgendwie in diese Richtung, ja. (...) Ich glaube, wenn man sie weiterreden hätte lassen, wären sie schon eher sehr ins Detail gegangen, ja. Hm. (...) Ich habe schon manchmal das Gefühl gehabt, dass sie schon gerne weiter geredet hätten. Aber die Auswirkungen wären einfach schlimm gewesen. (...) Das ist ja kein Geheimnis, (...) dass wenn sie traumatische Erlebnisse haben und das im Detail wieder erzählen, dass eine Retraumatisierung dabei passiert. Das heißt die Situation in der sie sich befinden kann noch viel schlimmer werden. Wenn das nicht adäquat aufgefangen wird. (...) Ich bin keine Therapeutin, ich kann mit denen das nicht weiter bearbeiten. Die Leute verlassen dann mein Büro wieder und haben in den meisten Fällen keinen Therapieplatz, weil die sind ja rar, und stehen dann da mit dieser Präsenz von diesem Erlebnis. (...) Und auf der anderen Seite muss ich einfach auch von meinen persönlichen (...) Verarbeitungskapazität ausgehen, also ich würde es wahrscheinlich auch nicht verkraften im Detail das immer zu hören. (IP10, 195ff)

9.1.2.5. Beratung wie auf Autopilot – sich nicht mehr einlassen können

An einem stressreichen Arbeitstag sei es einer Interviewpartnerin einmal passiert, dass sie gänzlich abgeblockt habe und nur noch „ihr Programm gefahren“ sei.

Es sei ihr dann jedoch gelungen sich selbst zurück zu nehmen und doch genau

hinzuhören. Dennoch beschäftige sie dieses Erlebnis noch immer.

Ich habe mich halt überhaupt nicht eingelassen auf ihn, ich habe nicht viel mit ihm geredet, aber auch das Wenige, was ich mich da eingemischt habe, da habe ich mich in keinster Weise auf ihn eingelassen, da bin ich einfach mein Programm gefahren, das ich grade, was ich im Moment grade für ihn ausgewählt habe (...) Und dann ist mir aber erst auf einmal aufgefallen, dass der Mann eigentlich überhaupt nicht redet und total zittert die ganze Zeit. Und dann habe ich mich einmal selber kurz runtergeholt und habe angefangen unvoreingenommen mit ihm zu reden. Und (...) nachdem ich ganz kurz mich eben auf ihn eingelassen (habe) ist mir sofort aufgefallen, dass es diesem Mann unglaublich schlecht geht. (...) Also den habe ich mitgenommen am Abend nach Hause, (...) den Mann in meinem Kopf halt. Dem ist es wirklich verdammt schlecht gegangen und ich hab, ich bin ihm einfach drüber gefahren, und im schlimmsten Fall wäre mir das gar nicht (...) aufgefallen und ich hätte ihn einfach weggeschickt. (...) Und das war arg. Ja, also das war ein Riesenfehler von mir, der halt durch diese Schiene passiert, die man dann halt einschlägt ab und zu. Mit dieser Abgrenzung und Abgebrühtheit. (...)
Das beschäftigt mich auch jetzt noch. (IP1, 498ff)

9.2. Prozess des Umgehen-Lernens

Die InterviewpartnerInnen beschreiben alle, dass der Umgang mit derartigen Erzählungen im Laufe der Praxiserfahrung leichter würde bzw. dass es sich um einen Prozess des Umgehen-Lernens handle.

Ja, es wird, es wird schon leichter. (...) Weil man halt schon mehr Erfahrung hat und halt besser weiß, weil man die Leute zum Teil besser kennt. Also es ist schon, schon leichter geworden als am Anfang. (IP2, 220ff)

Also wie soll ich sagen, es ist, diese Schreckmomente waren am Anfang. (IP3, 576)

Zwei BetreuerInnen beschreiben, dass sie erst selbst herausfinden mussten, wo ihre eigenen Grenzen seien und wie nahe sie KlientInnen und ihre Erzählungen an sich heran lassen könnten. Dennoch könne man kaum vermeiden, dass es trotzdem in einzelnen Fällen zu Grenzüberschreitungen durch KlientInnen komme.

Das war alles so ein Prozess, mich insofern abzugrenzen, dass es mir zwar nahe geht aber nicht weh tut. (IP4, 424f)

Für mich persönlich war es halt auch ein Stück weit ein Prozess um herauszufinden, wie weit kann ich gehen, so dass es für mich passt. Und wo ist eine Grenze. (...) Ich meine, das ist durchaus so, dass Klienten immer wieder grenzüberschreitend sind. Also das lässt sich kaum vermeiden. Und ausgehend von dem, also wenn jetzt irgendwie ein Vorfall war, wo jetzt auch die persönliche Grenze irgendwo überschritten worden ist, dann ist das schon ein Thema, wo man halt überlegt, was machen wir jetzt. (IP6, 664ff)

Wesentlich sei es, auch „Nein“ sagen zu können bzw. eigene Grenzen transparent zu kommunizieren. (Vgl. IP4, IP11).

Durch die bewusste Auseinandersetzung bzw. Reflexion des eigenen Umgang mit Belastungen könne man auch etwas über sich selbst lernen, sich eigene Grenzen sowie die Selbstverantwortung von KlientInnen wieder bewusster machen und Copingstrategien weiterentwickeln:

Und gerade auch was den Umgang mit Belastungen angeht, (...) mit jeder Situation lernt man etwas über sich selbst dazu. Und reagiert beim nächsten Mal anders, man lernt ja auch daraus. Man reflektiert das und schaut, was ist da nicht so gut gelaufen, was kann man beim nächsten Mal anders machen (...) Eben durch viel reflektieren und Supervisionen macht man sich auch immer wieder die eigenen Grenzen bewusst und man macht sich immer wieder bewusst, dass es Selbstverantwortung gibt von den Leuten und eben wie ich vorher gesagt habe, dass die Leute selbst ganz viele Ressourcen haben und viele Sachen selbst schaffen können und ich glaube so findet man dann immer wieder so seinen Umgang mit den belastenden Situationen. (IP10, 435ff)

Eine der BeraterInnen spricht davon, dass sie anfangs nicht gewusst habe, wie sie mit den Belastungen umgehen solle, mittlerweile habe sie sich jedoch daran gewöhnt und sei abgehärtet. Es erschrecke sie jedoch manchmal selbst, wie wenig sie noch berühre. *An mir selber ist es mir aufgefallen, dass ich wirklich sehr schnell abgehärtet bin und sehr schnell sehr robust gegen solche Dinge geworden bin. (...) Am Anfang war das*

furchtbar für mich. Also ich bin wirklich oft jeden Tag nach Hause gekommen von der Arbeit und hab einfach mal geweint für eine Stunde oder so, weil ich einfach nicht gewusst hab wohin mit all diesen Dramen. Und heute denk ich mir schon oft (...) „Ist aber arg, dass sich da nichts tut“ irgendwie, weil man sich daran gewöhnt. (IP1, 161ff)

9.3. Zusammenfassung und Interpretation

Wenn SozialarbeiterInnen mit Traumata ihrer KlientInnen in Berührung kommen, kann es zu starken empathischen Reaktionen kommen. Sozialarbeitende sind in diesen Situationen mit starken eigenen Emotionen konfrontiert und können das von den KlientInnen Erlebte auch mitspüren.

In derartigen Situationen reagieren sie sehr unterschiedlich. Sie können mit der Situation akut überfordert sein, aufgrund eigener Überforderung generell abblocken, Traumaerzählungen bewusst stoppen und auf Psychotherapien verweisen oder aber auch empathische ZuhörerInnen unter Wahrung einer notwendigen professionellen Distanz sein. Die beschriebenen Reaktionen sind bis zu einem gewissen Grad auch beeinflusst durch die aktuelle Tagesverfassung der SozialarbeiterInnen, möglichen Anknüpfungspunkten zu ihrem eigenen Leben und der Vorhersehbarkeit der Konfrontation mit Traumata der KlientInnen.

Im Laufe der Praxiserfahrung kommt es zu einem Prozess des Umgehen-Lernens, d.h. man lernt, wie nahe man KlientInnen an sich selbst heran lassen könne und wo man beginnen müsse, sich abzugrenzen, um sich selbst zu schützen bzw. weiterhin professionell arbeiten zu können.

10. Ressourcen & Strategien, um mit Belastungen umzugehen

Ein zentrales Thema in den Interviews bildete die Frage nach den individuellen Strategien und Ressourcen, um mit beruflichen Belastungen, insbesondere durch die Konfrontation mit Traumata der KlientInnen, umgehen zu können.

Diese sollen nun im Folgenden dargestellt werden:

10.1. Im Rahmen der Arbeit

10.1.1. Haltung KlientInnen gegenüber - Den ganzen Menschen sehen

Eine mehrfach als hilfreich beschriebene Grundhaltung ist jene, die stets den ganzen Menschen im Auge behalten möchte, insbesondere auch seine Stärken und Ressourcen. D.h. KlientInnen nicht vorrangig als Opfer, sondern als Überlebende wahrzunehmen.

Also das wäre mein großes Anliegen, immer den eigentlichen Menschen dahinter zu sehen. Der ein Trauma erlebt hat, aber auch viel anderes.(IP3, 667f)

Zwei der InterviewpartnerInnen beschrieben, dass sie sehr viel Kraft und Freude aus der direkten Arbeit mit den KlientInnen schöpfen könnten, wenn sie sähen was KlientInnen - trotz oftmals schwieriger Rahmenbedingungen - alles selbst schaffen würden und welchen Lebenswillen sie hätten. (Vgl. IP2, IP10, IP3)

Also ich merke, dass sie (...) ganz viele Dinge eigentlich selbst schaffen, dass viele sich selbst ein gutes Netzwerk aufbauen können (...) Und das ist für mich schon irgendwie (...) eine Kraftquelle. (...) Eben diese Konzentration darauf, dass die Leute sehr viele Dinge selbst schaffen, dass sie auch Selbstverantwortung haben. (IP10, 361ff)

Man sieht die immer so als die Armen und defizitär und das nicht und das nicht, stimmt auch, aber ich sehe auch immer das, was die alles an Stärke haben, was die alles aushalten, was die alles durchsetzen, trotz der schwierigen Umstände. Wie die einfach sich bemühen, wieder zu einem guten Leben zu kommen. (IP3, 604ff)

10.1.2. Freiräume schaffen

In der Arbeit mit geflüchteten Menschen stöße man immer wieder an Grenzen, es gäbe Dinge, die man nicht verändern könne. Darum sei es umso wichtiger, bewusst Freiräume zu schaffen um gegen das Ohnmachtsgefühl anzukämpfen.

Okay, es gibt vielleicht manche Teile, da kann ich nicht, ja. Aber es gibt dafür auch was, wo ich kann. Also das ist sehr wohl denke ich mir auch ein therapeutischer Auseinandersetzungsprozess, aber es ist auch was, wo Sozialarbeit dann auch so ein Stück natürlich auch mit therapeutische Wirkung hat. Wo man dann auch schauen kann, wo kann man sich dann auch Freiräume schaffen. Oder wo können die Klienten dann einfach dann auch für sich da was schaffen um sich nicht mehr so ohnmächtig einfach auch zu fühlen. (IP11, 428ff)

10.1.3. Rituale

Um nach einem belastenden Gespräch Abstand zu bekommen, tue es gut, kurz etwas anderes zu machen, wobei individuelle kleine Rituale sehr hilfreich seien.

Oder ich gehe schnell runter und hole mir einen Kaffee. Und da ist wahrscheinlich nicht unbedingt der Kaffee das Wichtige, sondern dass ich einfach in Bewegung bin. Und was anderes mache, ja. Also wie gesagt, so ein Stück, das wieder so, ein bisschen auf die Reihe zu kriegen, das hilft schon sehr. (IP11, 538ff)

10.1.4. Auf sich selbst achten lernen

Als zentral sehen mehrere InterviewpartnerInnen, dass man als professioneller Helfer/ als professionelle Helferin auf sich selbst zu achten lerne und rechtzeitig auf erste Anzeichen für Überarbeitung bzw. zu starke „Berührung“ durch KlientInnen reagiere.

Eine Interviewpartnerin meint, dass sie diese Fähigkeit erst langsam entwickelt habe, indem sie immer wieder an ihre eigenen Grenzen gestoßen sei. Mittlerweile kenne sie sich selbst gut genug und könne an sich selbst erste Anzeichen beobachten und dann rechtzeitig darauf reagieren.

Wenn man das einmal erfahren hat, dann lernt man früher auf die ersten Signale zu reagieren und aktiv was zu ändern. Zu schauen, was ist es, das mich stört und was kann ich tun, damit das anders ist. Manchmal muss man halt hineinrennen in das "Aha, da hinten wäre die Grenze gewesen".(IP3, 774ff)

Als mögliche Indizien, an denen die InterviewpartnerInnen an sich selbst erkennen könnten, wann es zu viel würde, wurden Nervosität, Aggression und Angespanntheit genannt. Bereits kleine Aufgaben bzw. Dinge würden dann bereits als mühsam empfunden. (Vgl. IP3, IP6)

Eine andere Interviewpartnerin meinte, dass sie wisse, es sei zu viel, wenn sie auf ihre eigenen Bedürfnisse vergesse oder sich von Gefühlen der KlientInnen zu sehr „anstecken“ lasse:

Das wäre zum Beispiel wenn ich jetzt zum Beispiel um drei draufkomme, obwohl ich eigentlich an dem Tag nur bis zwei arbeite, dass ich noch gar nichts gegessen habe. Dann denke ich mir ok, das passt mir eigentlich jetzt nicht so. (...) Oder (...) wenn (ich) jetzt mit einer Klientin (rede), und ich das Gefühl habe, ich könnte jetzt eigentlich mitweinen, (...) wenn die jetzt vor mir sitzt und weint. Dann muss ich mir auch überlegen, warum halte ich das in dem Moment nicht aus. (IP11, 701ff)

Vor diesem Hintergrund erzählte eine der InterviewpartnerInnen, was sie unter Abgrenzung verstehe: *Sie kennen jetzt dieses berühmte Abgrenzen, das ist manchmal so als würde man jemanden weg halten. Das ist nicht weg halten, sondern ich schütze mich, aber ich bin ganz da. Also ich bin mit meiner ganzen Aufmerksamkeit und meinem ganzen Wissen ganz da. (IP3,483ff)*

10.1.5. Mit KollegInnen reden

Fast alle InterviewpartnerInnen strichen heraus, dass es für sie eine wesentliche Ressource sei, wenn sie mit ihren KollegInnen über belastende Erfahrungen, Gespräche etc. sprechen könnten. Mehrere InterviewpartnerInnen meinten, dass sie die Möglichkeit hätten, sich wenn nötig unmittelbar mit KollegInnen austauschen zu können, was sie regelmäßig nutzen würden. (Vgl. IP5, IP4, IP6, IP7, IP10, IP9)

Hierbei würde nicht unbedingt das vom Klienten/der Klientin Erzählte wiedergegeben bzw. sei es nicht notwendig ins Detail zu gehen. Es ginge darum zum Ausdruck zu bringen, dass etwas anstrengend oder belastend gewesen sei. (Vgl. IP10, IP11)
Einfach einmal zu sagen, so und (...) das war jetzt anstrengend. Man muss dann ja gar nicht genau sagen was es war (...) dass ich mich wieder so ein Stückchen auch entrollen kann, dass ich ein bisschen einfach aus dem rauskomme.(IP11, 531ff)

10.1.6. Humor und Ironie

Humor wurde als wichtige Ressource genannt, um über Belastendes hinwegzukommen bzw. sich den Arbeitsalltag zu versüßen. Die Grenze zu schwarzem Humor bzw. Zynismus sei oftmals fließend und hänge stark mit dem „Klima“ im Team zusammen. (Vgl. IP4, IP6)

Ein wichtiger Eckpfeiler in unserem Team ist einfach Humor. Dass wir (...) Sachen, die wir jetzt erleben oder die Klienten erzählen (...) in einer Art und Weise sozusagen reflektieren für uns, die jetzt (...) teilweise ein bisschen zynisch ist, teilweise ein bisschen schwarzer Humor ist. Aber das ist eigentlich doch ein sehr gutes Instrument einfach auch über belastende Sachen hinweg zu kommen oder belastende Sachen einfach auch anders zu sehen. (...) Es muss auch ein gewisses Verständnis im Team da sein und das ist (...) was unser Team auszeichnet, dass wir uns gegenseitig verstehen. (IP6, 370ff)

10.1.7. Positive Aspekte und Erfolge bewusst wahrnehmen

Trotz schwieriger Rahmenbedingungen gäbe es doch auch Erfolgsgeschichten, an die man gerne zurückdenke und die einem wieder Kraft gäben.

Es gibt natürlich Einzelgeschichten, (an) die man sich sehr, sehr gut immer erinnert und auf die man sich sehr gut dann stützen kann. (...) An so was erinnert man sich dann gerne. Ja, da weiß man, wofür man das tut.(IP9, 451ff)

10.1.8. Einen Schritt zurück treten

In stressreichen Situationen bzw. bei der Bearbeitung hoch komplexer Fälle helfe es, einen Schritt zurück zu treten und zu versuchen, die Situation von außen bzw. aus der Metaebene heraus zu betrachten. (Vgl. IP4, IP11)

Ich versuche einen Schritt zurück zu gehen und so ein bisschen die Situation von außen zu betrachten (...) Und das funktioniert auch oft sehr gut, dass man einmal runter kommt. Und aus diesem ganzen Tohuwabohu wieder ein bisschen raus. (IP 4, 524ff)

Ich (habe) mich auf der Metaebene mit der Problematik auseinander gesetzt. Einmal so auch zu sehen, wie sind die Rahmenbedingungen hier in Österreich, (...) wenn man es noch einmal eine Ebene drüber anschaut, wie sieht so die Situation in den Heimatländern aus? Warum flüchten eigentlich Menschen nach Österreich (...), wie kann ich mir das jetzt vorstellen, wenn ich dann versuche mit den Berichten, die man so hört, mit den Geschichten, die ich hier zu hören kriege, wie passt das zusammen, wie gehe ich damit um. (IP11, 63ff)

Hierzu würde auch gehören, nicht zu vergessen, dass es sich auch einfach um einen Arbeitsplatz handle: *Es ist auch einfach Arbeit. (...) Das heißt nicht, dass man die Arbeit nicht mit Engagement macht, aber man ist hier nicht jemand, der rund um die Uhr dann für einen Klienten zuständig ist. (IP11, 612ff)*

10.1.9. Reflexion bestehender Einflussmöglichkeiten auf die Rahmenbedingungen der Arbeit

Wenn es an einem Tag einmal zu viel würde, sei es nötig sich zu überlegen, was nicht so gut gelaufen sei und welche Einflussmöglichkeiten man habe, um das in Zukunft zu ändern.

Es würde helfe, sich wieder bewusster an die Rahmenbedingungen der Arbeit (z.B. Arbeitszeiten, Pausen) zu halten, sich vor Augen zu halten, welches Arbeitspensum man realistisch schaffen könne, und die eigene Arbeit gut zu strukturieren.(Vgl. IP11)

10.1.10. Keine Vollzeitanstellung

Mehrere InterviewpartnerInnen meinten, dass sie keine Vollzeitanstellung hätten und dies für sie so sehr gut passen würde, da es ansonsten „zu viel werden könnte“.

Die so gewonnene Zeit könnten sie für einen beruflichen Ausgleich bzw. Weiterbildungen nutzen. (Vgl. IP1, IP5, IP11)

10.1.11. Wenig bzw. keine Parallelen zum eigenen Leben

Eine der BetreuerInnen meinte, dass es kein Zufall sei, dass sie mit Männern arbeite, da ihr Erzählungen bzw. Geschichten von Frauen näher gehen würden.

Also ich betreu´ auch nicht ohne Grund hauptsächlich Männer. Das kann ich viel besser von mir als Person abgrenzen.(IP4, 266ff)

Dass die Wahrung professioneller Distanz leichter sei, wenn keine Parallelen zum eigenen Leben vorhanden seien, bestätigt auch eine der TherapeutInnen. Sie habe die Erfahrung gemacht, dass DolmetscherInnen bzw. BeraterInnen mit demselben kulturellen Hintergrund wie die KlientInnen bzw. einer eigenen Fluchtgeschichte schwieriger sei.

Ein eigener Flucht- bzw. Migrationshintergrund könnten eine wertvolle Ressource darstellen, aber auch ein gewisses Risiko in sich bergen.

(Die) selber einen Migrationshintergrund haben, die machen das auch, weil es ihnen ein Herzensanliegen ist, weil sie wissen, worum es geht. Das ist wieder eine andere Qualität, (...) die ist ganz wertvoll, aber man muss sie halt besser schützen. Und man muss ihnen klar machen, dass sie sich besser schützen müssen.(IP3, 468ff)

10.2. Abgrenzen bzw. Abschalten nach der Arbeit

Die von den InterviewpartnerInnen angeführten Ressourcen und Strategien, um nach der Arbeit erfolgreich entspannen zu können, variieren individuell stark. Was eine Person als hilfreich angab, wurde mitunter von einer anderen Person als nicht hilfreich erwähnt, wie z.B. Fernsehen.

Es handelt sich bei folgender Darstellung um eine Aufzählung der angeführten Strategien und Ressourcen ohne Berücksichtigung der Häufigkeit der Nennungen.

10.2.1. Räumliche Distanz

Zwei der InterviewpartnerInnen gaben an, dass ihnen im Normalfall bereits die räumliche Distanz zwischen ihrem Arbeitsplatz und ihrer Wohnung helfe.

Also so einen Schnittpunkt setzen, also ich habe es eigentlich so gesehen, immer wenn ich bei der Tür beim Haus rausgegangen bin, habe ich so die unsichtbare Wand verlassen und lasse das hinter mir. (...) Und das ist am Anfang natürlich schwerer gegangen. (IP9, 342ff)

Einzelne Erzählungen bzw. schwierige Situationen würden jedoch auch sie „mit nach Hause“ nehmen. (Vgl. IP8, IP9)

10.2.2. „Puffer“ zwischen Arbeit und Privat

Insbesondere nach Tagen, in denen man starken Belastungen ausgesetzt war, helfe es, nicht direkt nach Hause zu gehen, sondern ein Stück zu Fuß zu gehen, sich noch in ein Caféhaus zu setzen etc. So fiele es leichter, mit dem Erfahrenen bzw. Erlebten abzuschließen, wieder zur Ruhe zu kommen und die Arbeit gedanklich nicht mit nach Hause zu nehmen. (Vgl. IP2, IP4, IP5, IP6, IP7)

Man braucht dann auch zum Teil so Rituale. (...) Wenn es wirklich zu viel war, dass ich dann schaue, dass ich noch laufen gehe, oder spazieren, oder mich noch in ein Caféhaus setze, bevor ich dann nach Hause gehe. Wo ich dann halt so wirklich versuche zu sagen, und so schließe ich das jetzt ab und dann gehe ich nach Hause. (IP2, 151ff)

Aber dass ich dann zum Beispiel auch nach der Arbeit (...) wirklich einen langen Spaziergang brauche um solche Sachen (Anm. gemeint sind Erzählungen von Traumata) loszulassen. (...) Bei mir ist es meistens so, dass mir Bewegung hilft. (IP6, 322ff)

Manchmal würde es sich auch ergeben, dass man noch mit seinen KollegInnen gemeinsam etwas essen bzw. trinken ginge und den Tag reflektiere. (Vgl. IP4, IP5)

Also ab und zu, wenn wirklich ein mühsamer Tag war, (...) gehen wir danach noch etwas trinken. Das (...) haben wir jetzt so als eine Art Psychohygiene manchmal eingeführt, (...) jetzt gehen wir noch schnell auf einen Kaffee oder so, um noch mal das Revue passieren zu lassen, dann lässt man es noch irgendwie im Team und dann geht man heim. (IP4, 337ff)

Eine Interviewpartnerin gab an, dass sie sich manchmal, wenn sie z.B. zu müde zum Spazieren sei, auch bewusst zu Hause 10 Minuten Zeit nähme, um noch einmal nachzudenken. (Vgl. IP4)

10.2.3. Bewegung bzw. Sport

Mehrere Personen gaben an, dass ihnen Bewegung bzw. verschiedenste Sportarten helfen würden, ihren Kopf wieder frei(er) zu bekommen.

Also dass im Gehen oder im Laufen sozusagen die Gedanken ins Laufen kommen und dann irgendwann weg sind. (IP6, 324f)

Hierbei wurden verschiedene hilfreiche Faktoren von Bewegung genannt: Je nach Art der Betätigung könne man sich entweder entspannen, da man nicht viel denken müsse oder man könne sich bewusst ablenken. Positiv sei auch der körperliche Ausgleich zu einer oftmals vorrangig sitzenden (Berufs-)tätigkeit. (Vgl. IP1, IP3, IP4, IP6, IP10)

Wenn ich dann wieder nach hause komme, eben nach dem Rad fahren, dass ich dann wieder den Kopf frei habe. Und wo ich während dessen nicht viel denken muss. Ja, das ist so meine persönliche Strategie. (IP10, 345ff)

10.2.4. In der Freizeit bewusst anders – Ausgleich schaffen

Besonders wichtig sei es, sich in seiner Freizeit bewusst einen Ausgleich zu schaffen, der nichts mit der Arbeit zu tun habe. Ansonsten könne es passieren, dass die Arbeit zum einzigen Gesprächsthema würde. (Vgl. IP4,IP10)

Also wenn man wirklich so stur von Montag bis Freitag in die Arbeit (geht) und danach auch nicht wirklich viel was macht oder sonst was,(...) dann hat man auch keine anderen Gesprächsthemen und man fällt immer da rein. (IP4, 373ff)

Zwei der InterviewpartnerInnen gaben an, dass sie, seit sie in diesem Bereich arbeiteten, sich in ihrer Freizeit bewusst nicht mit Filmen, Ausstellungen etc. zu konfrontieren, in denen massive Gewaltszenen oder Folterungen vorkämen. (Vgl. IP5, IP11)

Wesentlich seien Aktivitäten, die individuell Spaß und Freude bereiten würden bzw. sich eignen, um „das Gehirn auszulüften“. (Vgl. IP5, IP7,IP11)

Eine Person gab, auch darauf zu achten, dass sie in stressreichen Zeiten nicht zeitgleich im privaten Umfeld mit Problemen von Verwandten bzw. FreundInnen „belagert“ werde.(Vgl. IP8)

10.2.5. Mit Freunden plaudern & etwas unternehmen

Eine wertvolle Ressource seien FreundInnen mit denen man reden bzw. etwas unternehmen könne. Mehrere der InterviewpartnerInnen gaben an, in Einzelfällen auch (anonymisiert) über die Arbeit zu sprechen, jedoch darauf acht zu geben, dass dies nicht zu häufig passiere. (Vgl. IP4, IP6, IP9, IP10, IP11)

Ich versuche dann auch , so wenig wie möglich in den Freundeskreis hinaus zu tragen von dem (...) weil ich auch merke, es tut mir eigentlich dann auch nicht gut. (IP11, 653f)

Mit FreundInnen auch über die Arbeit zu sprechen sei einerseits eine natürliche Reaktion und aus verschiedenen Professionen bekannt, andererseits dürfe die Arbeit nicht das einzige Gesprächsthema werden. (Vgl. IP4)

Mitunter schwierig sei es, wenn im Freundes- und Bekanntenkreis bzw. in der Verwandtschaft ein gewisses Verständnis für die Arbeit fehle oder man sogar mit Vorurteilen zu kämpfen habe.(Vgl. IP6)

Zwei der InterviewpartnerInnen gaben an, dass sie auch den inoffiziellen Austausch mit ehemaligen StudienkollegInnen bzw. FreundInnen, die ebenfalls im Flüchtlingsbereich arbeiteten, sehr schätzen würden. Man fühle sich aufgrund des gemeinsamen Hintergrunds verstanden und könne wertvolle Hinweise und Tipps mitnehmen. (Vgl. IP4, IP6)

10.2.6. Duschen – Belastungen „abwaschen“

Duschen (warm oder kalt) bzw. Bäder würden sich sehr gut zur Entspannung eignen bzw. um Belastungen aus der Arbeit symbolisch „wegzuwaschen“. (Vgl. IP6, IP8)

Ich meine, was immer sehr angenehm ist, ist die heiße Dusche nach der Arbeit. Also einfach (um) die Sachen, die man aus der Arbeit mitbringt wegzuduschen. (IP6, 499f)

Ab und zu einmal eine kalte Dusche, wo dann auch alles runtergeschwemmt wird und dann ist man frei. (IP8, 117f)

10.2.7. Auszeiten & Urlaube

Kurzurlaube und kleine Auszeiten seien wertvoll, um ganz abschalten und entspannen zu können. Man könne sich persönlich regenerieren und wieder neue Energien sammeln. (Vgl. IP3, IP6)

Mitunter sei es auch notwendig, Telefon und Internet abzuschalten:

Also wenn ich Urlaub mache, gibt es das Thema nicht . (...) Ich schalte dann auch komplett aus mit Newsletters, e-mails oder Nachrichten. Mache ich nicht. Das regt mich viel zu sehr auf in diesem Moment. Also das ist dann meine Auszeit. (IP4, 380ff)

Nach mehreren Jahren der Arbeit im Flüchtlingsbereich könne auch eine längere Auszeit gut tun, in der man etwas gänzlich anderes mache:

Fünf Jahre nachdem ich hier begonnen habe, (war ich) für ein halbes Jahr nicht da. Habe mir eine Auszeit genommen, habe völlig was anderes gemacht (...) Für mich weiß ich, dass das ganz was Wichtiges ist. Weil ich einfach so die Möglichkeit auch habe, so ein Stück wieder einmal auszusteigen, mich mit ganz anderen Dingen zu beschäftigen und das hilft mir für meine eigene Psychohygiene schon sehr viel. (IP11, 796ff)

10.2.8. Natur

Ein Interviewpartner meinte, dass für ihn Erholung in der Natur wesentlich sei, um wieder ganz zu sich selbst zu kommen:

Was mir wirklich hilft ist zum Beispiel auch in der Natur zu sein . Keine Leute um mich zu haben. Also ich gehe irrsinnig gerne wandern. (...) Also das hat teilweise für mich meditativen Charakter. (IP6, 420ff)

10.3. Team- bzw. Einrichtungsebene

10.3.1. Austauschmöglichkeiten

Zehn der elf InterviewpartnerInnen gaben an, dass das Team selbst für sie eine wesentliche Ressource darstelle.

Hilfreich seien Strukturen, bei denen man sich bei Bedarf auch unmittelbar austauschen könne, ohne auf den offiziellen Rahmen einer Teambesprechung warten zu müssen.

(Vgl. IP4, IP6, IP7, IP9, IP10, IP11)

Wir haben zwar den offiziellen Rahmen einer Teamsitzung, aber nachdem es jederzeit sein kann, dass akut was ist setzen wir uns auch manchmal so(...)zusammen. (IP4, 647f)

Sehr wichtig ist der Austausch mit den Kollegen. Also sowohl in der Teamsitzung als auch so zwischendurch.(...)Das sind Eckpfeiler, die wirklich notwendig sind. (IP6, 336f)

Also wenn ich merke, ein Fall beschäftigt mich mehr als mir noch gut tut, dann rede ich schon viel mit ihr (Anm. der Kollegin) darüber und umgekehrt genauso. Und wir versuchen schon, dass wir uns dann irgendwie gegenseitig entlasten und das halt gemeinsam (...) durchdenken und durchreflektieren. (IP10, 519ff)

Unterstützend sei, es , wenn hierfür ein eigener (Pausen-)Raum, wie z.B. eine Küche für das Team, zur Verfügung stünde (Vgl. IP5, IP8).

Gemeinsame Rituale wie z.B. das gemeinsame Kochen und Mittagessen könnten eine Gelegenheit bieten, um zu besprechen, was einen gerade beschäftigt:

Wir essen immer gemeinsam zu Mittag, es kocht meistens jemand von uns, entweder mit Klienten oder eben nicht und da sitzen wir dann halt meistens auch zusammen und reden so über den Alltag, und wenn da jetzt Sachen dabei waren, (...) wo es dann arg war, dann reden wir da drüber. Und (...) versuchen auch zu erörtern, wo könnte das herkommen oder was ist es, dass ihn da so beschäftigt. (Vgl. IP6, 644 ff)

10.3.2. Zusammenhalt im Team

Von mehreren InterviewpartnerInnen wurde das Team wie ein „Auffangnetz“ beschrieben, in dem man auch gegenseitig auf sich aufpasse. (Vgl. IP4, IP6)

Das merke ich bei meinen Kollegen genau so.(...) Es (ist) schon auch spürbar für uns alle, wenn jemand jetzt sozusagen in Richtung Limit geht (IP6, 524f)

10.3.3. Teambesprechungen

Diese würden vor allem für Fallbesprechungen, organisatorische und strukturelle Fragen genutzt. (Vgl. IP1, IP4, IP6)

10.3.4. Intervention & Supervision

Diese würden den Rahmen bieten, um Belastungen und Themen, die einen auch über den Arbeitsalltag hinaus noch beschäftigen, auszusprechen und symbolisch „loszuwerden“.

In einem Großteil der Einrichtungen, in denen die InterviewpartnerInnen arbeiten, sind Gruppensupervisionen in regelmäßigen Abständen und bei Bedarf Einzelsupervisionen Teil des Konzepts. Schwierige Situationen und Themen könnten im Team gemeinsam aufgearbeitet werden. (Vgl. IP2, IP4, IP6, IP7, IP8, IP10, IP11)

Wichtig ist, dass man ein gutes Team hat und dass man so etwas auch austauschen kann. Also jetzt nicht unbedingt in einer Teamsitzung besprechen, sondern (...) in einer Supervision, dass man halt selbst auch den Raum hat darüber zu reden. Es ist (...) schon wichtig, dass man das wieder weitergibt und nicht in sich mit trägt.(IP4, 306ff)

Eine Beraterin, die als Praktikantin in der Einrichtung zu arbeiten begann und mittlerweile dort angestellt ist, erzählte, dass sie vor allem anfangs, noch während ihres Praktikums, Supervision wirklich gebraucht habe. (Vgl. IP1)

Im Idealfall solle der Supervisor/ die Supervisorin das Arbeitsumfeld selbst gut kennen. (Vgl. IP3)

Zwei der InterviewpartnerInnen gaben an, dass es im Rahmen ihrer Teams (trotz bestehender Angebote seitens der Träger) keine Supervision in Anspruch nehmen würden, da sich das Team dagegen entschieden habe. Als Gründe hierfür wurden Konflikte im Team, zu unterschiedliche Erwartungen an die Supervision, kein persönlicher Bedarf an Supervision und ein mangelnder Zugang zu Supervision seitens KollegInnen mit eigenem Migrations- bzw. Fluchthintergrund angegeben. (Vgl. IP1, IP9)

Eine andere Person beschrieb, dass auch in ihrem Team KollegInnen mit Migrationshintergrund arbeiten würden und es ein langer Prozess gewesen sei, bis sich das Team zu Supervision entschlossen habe.

Wir (haben) ein multikulturelles Team haben und nicht (jeder hat) (...) eine Ausbildung im psychosozialen Bereich. Und teilweise (ist das) auch kulturspezifisch etwas, womit Leute nichts anfangen können. Wir haben einen Kollegen, der kommt aus Georgien, dann haben wir einen Kollegen, der kommt aus, aus Palästina.(...) Man redet da nicht über seine Gefühle (...). Und das war doch dann eigentlich ein sehr langer Prozess bis wir überhaupt damit angefangen haben. (...) Ich finde schon dass eine Bereicherung ist einfach auch für das Team. (IP6, 355ff)

10.3.5. Möglichkeit sich kurzfristig einen Tag frei zu nehmen

In Einrichtungen mit ausreichend Personal sei es auch möglich, sich bei Bedarf kurzfristig einen Tag frei zu nehmen. (Vgl. IP6, IP7, IP11)

Wenn ich jetzt wirklich einmal das Gefühl habe am Mittwoch, ich habe jetzt einfach schon die Woche genug Geschichten gehört, jetzt reicht es mir einmal, (...) dann sage ich auch, ich nehme mir (...) einen Tag frei oder wie auch immer. (IP11, 615ff)

10.3.6. Fortbildungen

Theoretisches Hintergrundwissen und fachlicher Input (in Bezug auf „Selbstschutz“ als HelferIn bzw. Selbstfürsorge) könnten dazu beitragen, (wieder) bewusster auf sich selbst zu achten. (Vgl. IP11)

Hintergrundwissen hinsichtlich Psychotraumatologie würde zum Verständnis interaktioneller Dynamiken in der Arbeit mit traumatisierten Menschen beitragen. (Vgl. IP6)

10.4. Zusammenfassung und Interpretation

Die den InterviewpartnerInnen zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die von ihnen eingesetzten Strategien im Umgang mit Belastungen und Traumata der KlientInnen zeigen wie vielfältig individuelle Copingstrategien sein können. Letztendlich gelte es heraus zu finden, was persönlich gut tun würde.

Zentral ist in jedem Fall die Auseinandersetzung mit sich selbst und seinen eigenen Grenzen sowie die Entwicklung der Fähigkeit, auf sich selbst zu achten, Warnsignale rechtzeitig an sich selbst zu erkennen und entsprechend zu reagieren.

Im Rahmen der Einrichtung bzw. des Teams werden insbesondere regelmäßiger Austausch im Team, der Zusammenhalt im Team und Inter- sowie Supervisionen als unterstützend erlebt.

11. Veränderungen im Menschen- bzw. Weltbild

In mehreren Interviews wurden Veränderungen im Menschen- und Weltbild der SozialarbeiterInnen angesprochen, die sie auf die eigene Arbeit im Flüchtlingsbereich bzw. mit traumatisierten Menschen zurückführen.

11.1. Hinterfragen bisheriger Vorstellungen und Annahmen

Die Arbeit in diesem Bereich würde vielfach zu einer kritischen Reflexion bisheriger Vorstellungen und Annahmen insbesondere zu Beginn der Tätigkeit führen und eine intensive Auseinandersetzung mit Themen wie Migration, Asyl sowie globalen Fragestellungen auslösen.

Ich habe schon bei mir selber gemerkt, dass sich im ersten halben Jahr mein Bild sehr, sehr verändert hat, ja. Was ich so im Vorfeld auch gehabt habe. So, mein Weltbild ist ein bisschen zu groß formuliert, aber es hat sich schon sehr viel einfach getan bei mir einfach auch aufgrund der Arbeit hier mit Migranten und mit Asylwerbern. (Ich habe) ganz viel einfach auch für mich dazu gelernt, ganz viel hinterfragt, viele Sachen von denen ich eigentlich irgendwie überzeugt war sind wieder völlig auseinander gebröseln kann man sagen. Ich habe sie dann wieder zusammen gesetzt irgendwie so innerlich. (...) Ich habe mich schon sehr intensiv mit dem ganzen Themenbereich dann auseinander gesetzt. (IP11, 53ff)

Trotz genereller Offenheit anderen Kulturen gegenüber käme man mitunter auch an persönliche Grenzen des Verständnisses:

Ich habe mir gedacht vorher, (...) ich bin da schon viel gefestigter, (...) bin aufgeschlossen (...) wo ich dann gemerkt habe, da gibt es dann doch Punkte, wo ich mit mir selbst dann immer wieder einmal kämpfe. (...) Ist das vielleicht auch was, das ich ablehne. (...) Wenn so (...) als Beispiel auch so Emanzipation von Frauen, Stellung von Frauen, wie ist das, wenn ich jetzt plötzlich dann höre „Naja, bei uns ist das aber so,

bei euch ist das so.“ (...) Was akzeptiere ich jetzt oder wo sage ich dann, da müssten wir jetzt schon ein bisschen genauer noch überlegen. (...) Und (...) ist das jetzt überhaupt mein Job, hier in dieser Arbeit ? (IP11, 121ff)

Eine andere Beraterin beschreibt, dass ihr Menschenbild realistischer aber auch pessimistischer geworden sei.

Also ich hatte vorhin immer noch, also stärker noch so das Gefühl „da sind die Guten und da sind die Nicht-Guten“. Und das war auf jeden Fall so, dass vor der Arbeit hier, in meiner Vorstellung so war, dass Flüchtlinge als Gruppe, zum Beispiel, zu den Guten gehören. Und das ist jetzt nicht mehr so. (IP1, 298ff)

11.2. Positive Veränderung der eigenen Lebenseinstellung

Eine mögliche positive Veränderung sei die zunehmende Wertschätzung des eigenen Lebens bzw. eine Relativierung eigener Probleme.

Und mein Leben, egal wie arg mein Arbeitstag hier ist, mein Leben, mein ganz subjektives Leben ist wundervoll, weil ich (...) bin hier in Österreich geboren, (...) mir stehen materiell alle Möglichkeiten offen, ich habe eine wundervolle Familie, die mich immer unterstützt, (...) ich habe ein schönes Zuhause, ja. (IP1, 286ff)

11.3 Das Schreckliche wird zur Normalität

Dramen und Tragödien seien für eine der InterviewpartnerInnen zur Normalität geworden, auch wenn sie nicht sie als Person betreffen bzw. sie in der Arbeit direkt damit konfrontiert sei. Persönliche Abgrenzung auch außerhalb der Arbeit sei nur schwer möglich.

Irgendwann (...) wird es halt zur Normalität. Und es ist halt eben auch die Normalität. (...) Es ist nicht immer meine Realität, weil eben die andere Zeit der Woche bin ich eben in meinen vier Wänden quasi, in denen solche Tragödien nicht stattfinden. (...) Also ich frage mich überhaupt, wie kann man abschalten? Generell. Von dem ganzen Wahnsinn. Aber ich glaube das hat jetzt nicht unmittelbar nur was mit der Arbeit zu tun, da ist man nur ständig direkt damit konfrontiert.(IP1, 341ff)

Selbst wenn sie einen „guten“ Arbeitstag habe, an dem sie mit keinen schwierigen bzw. belastenden Erzählungen konfrontiert sei, sei sie sich jederzeit der negativen Seite der Realität bewusst.

Wenn ich hier heute mal einen guten Tag habe, weil halt heute ganz wenige Leute nur gekommen sind, und keine großen Dramen waren, wo es dann auch halt zu überlegen ist warum, (...) ist das weil heute ein guter Tag war oder ist das so weil sie (...) viele Menschen in Schubhaft genommen haben, zum Beispiel. Aber auch wenn ich (...) einmal einen Tag habe, wo ich keine (...) großartigen dramatischen Erlebnisse hab, bin ich mir trotzdem bewusst, (...) dass sie überall, in jedem Teil der Welt sich abspielen, gerade. (IP1, 274ff)

11.4. Veränderung der Wahrnehmung Österreichs

Die Arbeit im Asylbereich würde auch die Wahrnehmung Österreichs verändern. Dies könne von Enttäuschung über die aktuelle Politik im Asylbereich bis hin zu dem Verlust des Vertrauens in den Rechtsstaat führen.

Also wie ich zu arbeiten begonnen habe, habe ich noch so ein Vertrauen gehabt in das österreichische Rechtssystem, (...) also das habe ich verloren (...) im Asylbereich dann, also der (Rechtsstaat) lässt da nach. (...) Das ist schon sehr enttäuschend, dass wir da nicht weiter sind in Österreich und da einen humaneren Umgang haben. (IP 2, 278ff)

11.5. Zusammenfassung und Interpretation

SozialarbeiterInnen, die mit geflüchteten bzw. traumatisierten Menschen arbeiten, beschreiben, dass diese Arbeit sie zu einer intensiven Auseinandersetzung mit eigenen Annahmen und Vorstellungen herausgefordert hat.

Mitunter habe dies auch nachhaltige Veränderungen im Menschen- und Weltbild bzw. hinsichtlich der Wahrnehmung Österreichs nach sich gezogen.

Es kann sich hier um als positiv wahrgenommene Veränderungen handeln, die z.B. zu einer gesteigerten Wertschätzung positiver Aspekte des eigenen Lebens führe.

Eigene Vorstellungen und Annahmen würden durch die Konfrontation mit der Realität an diese angepasst, was einen Lernprozess darstelle.

Es wurden jedoch auch Veränderungen in Richtung einer generell negativen bis resignativen Einstellung Menschen bzw. der Umwelt gegenüber beschrieben.

12. Aktueller Wissensstand und Bewusstsein hinsichtlich Sekundärer Traumatisierung

Dieser Themenkomplex befasst sich mit dem Wissen bzw. dem Bewusstsein der interviewten Sozialarbeitenden in Hinblick auf Sekundäre Traumatisierung.

Es wurde erfragt, ob der Begriff der Sekundären Traumatisierung den InterviewpartnerInnen bekannt ist und was sie mit dem Begriff verbinden bzw. assoziieren. Weiters wurde thematisiert, wie jene Belastungen, denen sie in der täglichen Arbeit begegnen, bezeichnet werden bzw. angesprochen werden.

12.1. Der Begriff ist bekannt

Sekundäre Traumatisierung als Konzept, wie es auch im Rahmen des diesbezüglichen Theoriekapitels verwendet wird, ist 4 Sozialarbeitenden und den beiden PsychotherapeutInnen bekannt. Sie beschreiben den Begriff mit teilweise unterschiedlichen Worten bzw. beziehen sich auf verschiedene Aspekte des Phänomens.

Ich glaube, es geht darum, durch das, was man gehört hat, dass man selber die Symptome kriegt, die Traumasymptome. (...) Also wenn man es erzählt bekommt, macht man sich Bilder dazu, dass diese Bilder auftauchen. Dass man eben Angst, überwältigende Gefühle, dass das alles kommt. Und dass der Auslöser dieses Bild ist. (IP3, 812 ff)

Also in erster Linie, dass das Weltbild, das Selbstbild, das Bild in Mitmenschen einfach vollkommen erschüttert wird. Auch so diese Frage: Wie kann eine Welt existieren in der solche Dinge möglich sind? Bis dahin, dass es halt auch zu Albträumen kommen kann. Also vor allem auch zu so einer Art Pessimismus. Dass man einfach nicht mehr glauben kann, dass Dinge auch gut sein können in dieser Welt. Kann eben sein, dass einen solche Geschichten überhaupt nicht loslassen, dass man irrationale Ängste kriegt. (...) Die Frage, wo fängt die Paranoia an und wo hört die Realangst auf, verschiebt sich

halt. Aber es kommen sicher so paranoide Elemente immer wieder rein, also das kenne ich. (Dr.ⁱⁿ Preitler, 374ff)

Also den Begriff kenne ich und ich würde eben darunter verstehen, dass sich einfach die Traumatisierung von jemanden auf eine Helferperson überträgt. Ohne dass man jetzt selbst mit dem Trauma direkt irgendwie konfrontiert war und man dann selbst eben diese Symptome entwickelt. (IP10, 452ff)

Sekundäre Traumatisierung bedeutet für mich jetzt, also dass ich sozusagen als der Behandler oder der Berater einfach dann auch Symptome ein Stück vom Klienten einfach auch übernehme und selbst dann ein Stück so agiere, als ob ich die Traumatisierung selbst auch erlebt hätte. (...) Die Symptome würden sich dann ja auch ähnlich, teilweise wahrscheinlich in abgeschwächter Form äußern, wie bei den Klienten. (IP11, 751ff)

Eine weitere Person verband mit dem Begriff eine indirekte Traumatisierung von Personen, die in einem Naheverhältnis zur primär traumatisierten Person stehen, ohne explizit HelferInnen anzuführen: *Bei Angehörigen zum Beispiel (...) Also Personen, die jetzt nicht unmittelbar traumatisiert worden sind, aber dadurch, dass sie in einem Naheverhältnis sind mit einer traumatisierten Person selber. (IP8, 201f)*

12.1.1. Aus welchem Kontext sind die interviewten Sozialarbeitenden mit dem Begriff vertraut?

Jene SozialarbeiterInnen, die den Begriff kannten, wurden gefragt, aus welchem Kontext ihnen der Begriff bekannt ist, wobei die Interviewten auch Mehrfachantworten gaben.

Lediglich eine der befragten Sozialarbeitenden gab an, bereits im Rahmen der Ausbildung von dem Begriff gehört zu haben. Jene Kollegin hat ihr berufsbegleitendes Studium erst im letzten Jahr abgeschlossen. (Vgl. IP10, 459)

Zwei der Sozialarbeitenden gaben an, dass ihnen der Begriff aus einschlägiger Literatur aus dem Psychotherapie-Spektrum sowie aus Fortbildungen bekannt sei.

Naja, ich habe schon so Artikel gelesen dazu. Ja. Auch über Psychotherapie mit traumatisierten AsylwerberInnen und in dem Rahmen eben ist auch der Begriff gefallen. (...) Ja, in Büchern, bei Fortbildungen. (IP 2, 304ff)

Zwei der InterviewpartnerInnen erzählten weiters, dass sie ihre eigene Abschlussarbeit (Studienabschluss) über Soziale Arbeit mit psychisch kranken bzw. traumatisierten Flüchtlingen verfasst haben.

Ja, und ich habe auch meine Diplomarbeit über die psychische , also die Situation von psychisch kranken AsylwerberInnen geschrieben. Da habe ich dann auch Literatur dazu gelesen (IP 2, 309ff)

Ich habe (Anm.: die Abschlussarbeit) geschrieben über den Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in der Sozialen Arbeit. Also wie Soziale Arbeit sich da von der Therapie abgrenzt und was aber die Sozialarbeit irgendwie auch übernehmen kann. Oder was für eine Wirkung, was für eine Art therapeutische Wirkung eigentlich die Sozialarbeit auch haben kann im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen.(IP10, 494)

Die Supervision als Raum, wo das Thema der Sekundären Traumatisierung angesprochen wurde, wurde von einer der interviewten Personen angegeben. (Vgl. IP11) Auffallend ist, dass das Wissen um Sekundäre Traumatisierung in mehreren Fällen auf persönliches Interesse der Befragten zurückzuführen ist, die sich freiwillig bzw. im Rahmen eigener Abschlussarbeiten mit einschlägiger Literatur auseinandergesetzt haben. Eine Thematisierung im Rahmen des Studiums bzw. der Einrichtung, in denen die InterviewpartnerInnen arbeiten, wurde nur zwei mal angegeben.

12.2. Begriff ist nicht bekannt, wird assoziiert mit ...

Jene InterviewpartnerInnen, die angaben nicht mit dem Begriff vertraut zu sein bzw. sich nicht sicher zu sein, ob sie den Begriff richtig zuordneten, assoziierten ihn einerseits mit Formen von Retraumatisierung, d.h., dass ähnliche Erfahrungen wieder gemacht würden bzw. vorherige Traumatisierungen wieder aktuell würden (Vgl. IP9).

Ich kann mir einerseits vorstellen, dass sekundäre Traumatisierung halt so was ist was in Richtung Retraumatisierung geht, wo halt sozusagen bestimmte Erlebnisse wieder erlebt werden. (IP6, 582ff)

Es wurde mehrfach angegeben, dass diese erneute Traumatisierung durch Gegebenheiten bzw. Geschehnisse in Österreich passieren könne (Vgl. IP7, IP4).

Andererseits wurde der Begriff auch mit einer Art Chronifizierung einer bestehenden Traumatisierung assoziiert: *Rein vom Gefühl her würde ich darunter verstehen, (...) dass die Leute traumatisiert aus ihrer Heimat flüchten und dann hier, durch die Gegebenheit, durch die Situation, durch ihre schon vorhandene Belastung, dann hier, sich das hier quasi weiterentwickelt.“ (IP1, 333ff)*

12.3. Reaktionen auf die Begriffsdefinition sowie Gedanken hinsichtlich des Gefährdungspotentials

Alle jene InterviewpartnerInnen, die sich im Hinblick auf die Zuordnung des Begriffs nicht sicher waren, fragten anschließend nach der Definition des Begriffs, welche kurz erklärt wurde. Die Reaktionen auf die Begriffsdefinition fielen sehr unterschiedlich aus.

Zwei Personen konnten sich wieder erinnern, dass sie das Konzept bereits gehört hatten, dass sie sich jedoch in der Zwischenzeit nicht mehr damit beschäftigt hatten bzw. nicht sofort daran gedacht hätten. (Vgl. IP4,IP9)

Eine der interviewten Personen meinte, dass ihn das Konzept an die Co-Abhängigkeit bei suchtkranken Menschen erinnere: *(...) dass ein Angehöriger (...) sagen wir einmal von einer suchtkranken Person selber ja auch schon so mit der Sucht lebt, also jetzt nicht direkt durch sich selber, aber durch den Angehörigen, dass er faktisch ja dieses ganze Sucht Ding mit lebt, ohne dass er selber suchtkrank jetzt ist. Ich glaube, dass das bei so sekundären Traumatisierungen dann auch ähnlich ist. Ich glaube, dadurch dass man immer mit der Situation konfrontiert ist, die man zwar nicht selber erlebt hat, aber die Person spricht ja mit einem drüber und man hat dadurch auch immer damit zu*

tun.(...) Man kann es ja nicht aus dem Kopf rauslöschen. (...) Das ändert einfach die Wahrnehmung. (IP8, 326ff)

Von mehreren Personen wurde angegeben, dass das Konzept schlüssig klinge (Vgl. IP6), es logisch erscheine (Vgl. IP8) bzw. dass man es sich gut vorstellen könne, dass es „so etwas“ gäbe (Vgl. IP1). Dennoch wurde mehrfach betont, dass es die eigene Einrichtung, das eigene Team bzw. die eigene Person nicht betreffe, wie z.B.: *Ja, das kann ich mir gut vorstellen. Aber eben wie gesagt, in unserem Rahmen, in dem wir hier arbeiten, kommt es so weit einfach nicht. (IP 1, 351f)²⁷³*

Ich weiß, was damit gemeint ist . Ist in meinem Fall glaube ich jetzt einmal überhaupt nicht problematisch. (...) (Meine) Tätigkeit (...) (besteht) hier eher in der Abklärung, bestenfalls noch Erstintervention, aber nie so tief gehende Vertrautheit ineinander, dass es da zu einer Übernahme oder einem Überspringen kommen könnte. Aus diesem Grund eben, würde ich (es) jetzt nicht als Thema, das mich beschäftigen sollte und wie Sie auch gesehen haben mich beschäftigt, gesehen haben. Das was wichtig ist, Traumatisierung, Retraumatisierung, was Klienten betrifft sehr wohl, aber dass man das selber übernimmt wäre mir nie bewusst geworden, ich kenne aber auch keinen einzigen von meinen Kollegen, die zum Teil auch längere Zeit mit dabei waren, die das dann mitgenommen hätten.(IP9, 601ff)

Es wurden verschiedene Vermutungen geäußert, wo Sekundäre Traumatisierung ein Thema bzw. Risiko sein könnte, wobei psychotherapeutische Einrichtungen bzw. TherapeutInnen (Vgl. IP2, IP9) mehrfach genannt wurden. Weiters wurde die Vermutung geäußert, dass Sekundäre Traumatisierung in der Rechtsberatung ein Thema sein könnte: *Weil in der Rechtsberatung musst du dich zwangsläufig mit den Geschichten zum Beispiel aus der Heimat, mit den Fluchtgeschichten auseinandersetzen. Auch jetzt in unterschiedlichen Rahmen. Also auch in unterschiedlicher Intensität wahrscheinlich.(IP1, 352ff)*

²⁷³ Gemeint ist, dass es in dieser Einrichtung nur selten zu Erzählungen der Klientel über erlebte Traumata kommt.

Dies findet sich zum Teil bestätigt in der Erzählung einer Sozialarbeiterin, die früher stark in die asylrechtliche Beratung mit eingebunden war, jetzt jedoch vorwiegend sozialrechtlich berät und angibt, dass sie früher wesentlich häufiger mit ebensolchen Erzählungen aus den Heimatländern sowie den Fluchtgeschichten der KlientInnen konfrontiert war. (Vgl. IP11)

Eine interviewte Person, die selbst im Beratungskontext arbeitet, vermutet, dass Sozialarbeitende im Wohnbetreuungskontext betroffen sein könnten: *Ich glaube, dass auch Leute, die in der Wohnbetreuung arbeiten da einen ganz anderen Zugang dazu haben. Weil natürlich, wenn du bei jemandem zu Hause in seinen vier Wänden bist, entstehen ganz andere Gespräche als in unserem Wahnsinn* ²⁷⁴ *da unten.*(IP1 ,352ff)

12.4. Gibt es Bezeichnungen für erlebte Belastungen ?

Auf die Frage nach Bezeichnungen für erlebte Belastungen bzw. deren Auswirkungen gaben alle InterviewpartnerInnen an, dass es kein Wort bzw. keinen festgelegten diesbezüglichen Sprachgebrauch gibt.

Also dezidiert irgendwie ein Wort oder einen Sprachgebrauch bei uns in der Arbeit gibt es als solches nicht. (IP6, 643f)

Mehrere der interviewten Personen schildern jedoch, dass sie sich das Erlebte bzw. Belastende und was es in einem auslöst im Rahmen des Teams erzählten, wobei diesbezügliche Erzählungen verschieden konkret und ausführlich ausfallen würden. *Also im Grunde tun wir es dann nur erzählen. Und erzählen halt, wie es einem geht damit, so dass man das halt mit nach Hause genommen hat oder ja eher so, dass man halt darüber spricht. (IP 2, 189f)*

Man erzählt es einfach. Man erzählt die Geschichte und was passiert ist und wie es einem selber gegangen ist. Und die anderen geben ihre Gedanken dazu. (...) Einfach

²⁷⁴ Gemeint ist das Büro, in dem die Beratungen statt finden. Dieses ist räumlich nicht getrennt, sodass 4 BeraterInnen auf engstem Raum nebeneinander arbeiten und beraten.

dass man es erzählen kann hilft schon. Und dass man es nämlich formulieren muss für andere hilft einem, das noch einmal anders zu verstehen und oft hilft man sich selber . (...) Einfach nur, weil die anderen mit der Aufmerksamkeit da waren und er sich bemühen musste, das für sie aufzubereiten. Der Prozess hat gereicht, um es zu ordnen.(IP3, 836ff)

Einfach einmal zu sagen, so, das war jetzt anstrengend. Man muss dann ja gar nicht genau sagen was es war. (...) Aber einfach einmal zu sagen, okay, das war jetzt wirklich was , da habe ich mir jetzt schwer getan und bin ich jetzt froh, dass wir das jetzt soweit hin gekriegt haben und dass ich mich wieder so ein Stückchen auch entrollen kann, dass ich ein bisschen einfach aus dem raus komme. (IP11, 531ff)

Wenn belastende Erzählungen und Erlebnisse in Zusammenhang mit einem Klienten/einer Klientin stehen und diese Person dem anderen Teammitglied ebenfalls bekannt sei, würde mitunter auch konkret über diese Person gesprochen. (Vgl. IP8)

Nur eine einzige Person gab an, dass generell nicht über Belastungen gesprochen würde und es dementsprechend auch keine sprachlichen Regelungen gäbe.

Nein. Wir reden nicht über unsere Belastungen. Also erstens reden wir kaum darüber und es gibt schon gar keine sprachlichen Regelungen. Nein, also hier der Betrieb hier ist wirklich sehr, sehr bodenständig und hat sehr wenig mit Richtlinien und professioneller sozialer Arbeit (zu tun). (IP1, 364ff)

12.5. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse der Interviews wird deutlich, dass nur etwa die Hälfte der Befragten Sozialarbeitenden mit dem Begriff Sekundäre Traumatisierung vertraut ist. Zudem geht das Wissen um die Thematik zu einem nicht unwesentlichen Teil auch auf das persönliche Interesse der Interviewten zurück.

In den vorangegangenen Kapiteln konnte bereits herausgearbeitet werden, dass Sozialarbeitende in allen Arbeitskontexten mehr oder weniger stark mit Traumata der

Klientel in Berührung kommen bzw. dass verschiedene Risikofaktoren in Hinblick auf die Entstehung einer Sekundären Traumatisierung vorliegen.

Ebenso wurden starke empathische Reaktionen bis hin zu ersten Anzeichen für eine ungesunde Entwicklung (permanente Überlastung, Unfähigkeit, sich noch auf KlientInnen einlassen zu können, nicht oder kaum mehr „abschalten“ können etc.) angesprochen.

Dennoch wird das Phänomen der Sekundären Traumatisierung vorwiegend als Problem „der anderen“ wahrgenommen, was verschiedene mögliche Ursachen haben kann:

- Wenig Wissen bzw. Bewusstsein im Hinblick auf Sekundäre Traumatisierung, insbesondere dass es abseits vom „Vollbild“ der Sekundären Traumatisierung vielfältige nicht per se pathologische aber doch Ernst zu nehmende erste Anzeichen geben kann.
- Tabu des „hilflosen Helfers“ - keineR möchte sich selbst in Zusammenhang mit einem pathologisch klingenden Begriff wie „Sekundäre Traumatisierung“ bringen. Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass starke empathische Reaktionen auf belastende Erzählungen oder Erfahrungen durchaus normal sind, solange sie nicht überhand nehmen und eine pathologische Entwicklung nehmen. Bewusstsein, „auf sich selbst“ achten sowie das Ernst nehmen erster möglicher Anzeichen können jedoch eine solche Entwicklung frühzeitig verhindern bzw. verringern (Vgl. IP11).
- Vorstellungen vom Berufsalltag anderer, die nicht immer der Realität entsprechen, z.B. die Vorstellung wie intensiv man im sozialpädagogischen Wohnbetreuungskontext mit Traumata der KlientInnen konfrontiert ist. Wie aus den Gesprächen mit den Therapeutinnen deutlich hervorging, sind auch in expliziten Traumatherapien erlebte Traumata der KlientInnen nicht das einzige und auch nicht immer das wichtigste Thema.

Für alltägliche bzw. erlebte Belastungen aufgrund der Konfrontation mit traumatischem Material gibt es in den Einrichtungen, in denen die InterviewpartnerInnen tätig sind, keine bestimmte Bezeichnung. Sie werden in den meisten Fällen direkt und konkret angesprochen, selten auf einer abstrahierten Ebene.

13. Methodenreflexion und Resümee

Die offene qualitative Herangehensweise hat sich für die empirische Forschung im Rahmen der Arbeit als geeignete Methode erwiesen. Die von den InterviewpartnerInnen größtenteils gewünschte Anonymisierung hat deren Offenheit und Erzählbereitschaft erhöht. Im Zuge der Interviews bzw. deren Auswertung stellte sich die Frage, welches Wissen die InterviewpartnerInnen generell hinsichtlich Psychotraumatologie haben und insbesondere in welchem Sinn - d.h. im klinisch-wissenschaftlich oder eher im alltagssprachlichen - sie die Termini Trauma, Traumatisierung bzw. in diesem Zusammenhang Sekundäre Traumatisierung verwenden.

Eine Thematisierung dieser Fragestellung (d.h. des Wissens bzw. der Verwendung genannter Begrifflichkeiten) hätte dazu beitragen können, präzisere Angaben hinsichtlich der Traumata der KlientInnen zu erhalten bzw. bildet das Wissen um Grundlagen der Psychotraumatologie die Basis für Wissen und Verständnis Sekundärer Traumafolgeerkrankungen.

Anhand der Ergebnisse der durchgeführten Interviews wird deutlich, dass SozialarbeiterInnen, die mit geflüchteten bzw. traumatisierten Menschen arbeiten, in vielfacher Weise mit deren Traumata in Berührung kommen.

Sei es durch die direkte Erzählungen, durch das Verhalten der KlientInnen oder auch verschiedenartige Erkrankungen, die in Zusammenhang mit vorangegangenen Traumatisierungen stehen.

Im Vordergrund stehen hierbei jedoch vielfach - insbesondere in der Arbeit mit AsylwerberInnen - negative Erfahrungen bzw. psychisch belastende Rahmenbedingungen in Österreich. Letztere wirken sich auch unmittelbar auf die Soziale Arbeit mit der Zielgruppe bzw. mögliche Handlungsspielräume Sozialarbeitender aus.

Traumata, die die KlientInnen im Herkunftsland oder auf der Flucht erlebt haben, werden aufgrund akuter Problemstellungen bzw. der andauernden Stresssituation vielfach in den Hintergrund gedrängt.

Wenn SozialarbeiterInnen mit Traumata ihrer KlientInnen in Berührung kommen, zeigen sie intensive empathische Reaktionen und erleben starke eigene Emotionen.

Die in den Interviews angesprochenen Reaktionsmuster der SozialarbeiterInnen zeigen mehrere Parallelen zu den Reaktionsstilen bei Empathiestress nach Wilson und Lindy²⁷⁵, die sich im Spannungsfeld zwischen Überidentifikation und Vermeidung bewegen. Wie auch in der Literatur beschrieben, besteht die große Herausforderung darin, die Balance zwischen zu viel und zu wenig Empathie zu finden, d.h. empathisch zu sein, aber handlungsfähig zu bleiben.

Diese Fähigkeit des Ausbalancierens entwickelt sich zumeist im Laufe der Praxiserfahrung und ist eng verknüpft mit der Selbstkenntnis und Selbstreflexionsfähigkeit der SozialarbeiterInnen.

Das bedeutet, dass im Zentrum der Copingstrategien das Wissen um und das Respektieren der eigenen Grenzen steht. Erste Anzeichen für ein „zu viel“ oder „zu nahe“ gilt es wahrzunehmen und aktiv gegenzusteuern.

Dies kann in entsprechenden Situationen selbst erfolgen, wo Sozialarbeitende beispielsweise detaillierte Erzählungen erlebter Traumata der KlientInnen zu beenden versuchen, auf die Grenzen ihrer eigenen Kompetenzen verweisen und die Möglichkeit einer Psychotherapie hinweisen. Ebenso kann dies jedoch bedeuten, nach belastenden Situationen in der Arbeit bewusst für privaten Ausgleich zu sorgen um sich zu entspannen bzw. abschalten zu können.

Psychoedukatives Wissen durch Fortbildungen, Literatur oder Supervision kann hierbei eine wichtige Ressource für professionelle HelferInnen sein, ebenso wie die Möglichkeit Belastungen im Team zu reflektieren. Sie unterstützen dabei, wieder persönlichen Abstand zu gewinnen und mögliche weitere Perspektiven mitzubedenken.

Es wurde kein Zusammenhang zwischen den verschiedenen absolvierten Ausbildungen bzw. Studien der Sozialarbeitenden und den von ihnen eingesetzten Copingstrategien deutlich.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Großteil der befragten SozialarbeiterInnen auf ein als unterstützend erlebtes Team zurückgreifen kann bzw. stehen im Rahmen der Einrichtung entsprechende Ressourcen zur Verfügung, um Belastungen abzufedern. Zudem konnten die Sozialarbeitenden selbst im Laufe ihrer Praxiserfahrung eigene Copingstrategien entwickeln und insbesondere Erfahrungen im Umgang mit eigenen Grenzen sammeln.

²⁷⁵ Diese sind auf Seite 28ff beschrieben.

Die im Rahmen der Theorie dargestellten Risikofaktoren in Bezug auf Sekundäre Traumatisierung - intensive empathische Beziehungen zwischen KlientInnen und SozialarbeiterInnen und kumulative Konfrontation mit den Traumata der KlientInnen - finden sich eindeutig auch in den Interviews mit den SozialarbeiterInnen wieder.

Das bedeutet, dass davon ausgegangen werden kann, dass Sekundäre Traumatisierung auch SozialarbeiterInnen betreffen kann.

Wie groß das Gefährdungspotential hinsichtlich einer Sekundären Traumatisierung in der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen generell ist kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht beantwortet werden, sondern bedürfte einer gezielten quantitativen Erhebung. Ebenso muss die Frage, ob SozialarbeiterInnen bereits Sekundäre Traumafolgerkrankungen aufweisen, unbeantwortet bleiben, da - wie bereits im Rahmen der Methodenbeschreibung erwähnt - es hierfür einer umfassenden klinisch-phänomenologischen Untersuchung bedürfte.

Dennoch finden sich in den Erzählungen der Sozialarbeitenden Beschreibungen, die als mögliche erste Anzeichen einer ungesunden Entwicklung interpretiert werden können.

Beispielsweise jene Erzählung, in der eine Beraterin ihre akute Überforderung während der Konfrontation mit der Erzählung eines Traumas beschreibt.

Ebenso wurden langfristige Veränderungen im Menschen- und Weltbild der InterviewpartnerInnen formuliert, die in engem Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit stehen.

Es wurden Veränderungen hin zu einer generell pessimistischeren Sichtweise sowie dem Verlust des Vertrauens in Menschen bzw. in das österreichische Rechtssystem beschrieben. Die Grenzen zwischen nachvollziehbaren Veränderungen im Sinne einer realistischeren Einschätzung und der Entwicklung hin zu einer allgemein negativen bzw. resignativen Einstellung Menschen bzw. der sozialen Umwelt gegenüber sind hierbei fließend. Diese Beobachtung deckt sich bis zu einem gewissen Grad mit den Untersuchungsergebnissen von Andreatta²⁷⁶, dass es durch die Exposition zu Traumata der Klientel zur Erschütterung einzelner Grundannahmen kommen kann.

Eine der BeraterInnen artikuliert massive Probleme, generell abzuschalten, da die Traumata ihrer KlientInnen für sie zur Normalität geworden seien, was als Anzeichen für eine zunehmende Entgrenzung verstanden werden kann.

²⁷⁶ Andreatta hat die Auswirkungen von Traumaexposition auf kognitive Schemata untersucht, die Studie ist auf Seite 72ff beschrieben.

Es finden sich jedoch auch Parallelen zu dem Konzept der *Vicarious Resilience*²⁷⁷: Mehrere der befragten SozialarbeiterInnen beziehen viel Kraft aus der direkten Arbeit mit den KlientInnen bzw. indem sie Selbstheilungskräfte und Überlebenswillen ihrer Klientel miterleben. Es hat eine Relativierung eigener Probleme stattgefunden und die positive Wertschätzung des eigenen Lebens zugenommen.

Mit dem Konzept Sekundärer Traumatisierung sind nur 4 der 9 befragten SozialarbeiterInnen vertraut, wobei dieses Wissen oftmals mit persönlichem Interesse der InterviewpartnerInnen in Zusammenhang steht.

Der Begriff wird zumeist mit einer Form der Retraumatisierung bzw. der Chronifizierung bestehender Traumatisierungen assoziiert, was auf die uneinheitliche Verwendung des Begriffes in der Literatur oder mangelndes Wissen zurückzuführen sein könnte. Generell wird die Thematik eher als „Problem der anderen“ wahrgenommen, die eigene Verletzlichkeit der HelferInnen rückt angesichts der multiplen Probleme und Belastungen der Klientel mitunter in den Hintergrund.

Für die Praxis Sozialer Arbeit bedeutet dies, dass Nachholbedarf sowohl hinsichtlich der Thematisierung im Rahmen der Ausbildung und in den Einrichtungen selbst, als auch auf wissenschaftlich - theoretischer Ebene besteht.

Dies könnte zum Verständnis der Beziehungsdynamiken in der Arbeit mit traumatisierten Menschen und eigener (emotionaler) Reaktionen der HelferInnen beitragen und im psychoedukativen Sinn das Bewusstsein hinsichtlich der eigenen Verletzlichkeit bzw. aktiver Selbstfürsorge erweitern.

Dies wiederum kann SozialarbeiterInnen dabei unterstützen, trotz verschiedenartiger Belastungen das eigene psychische Gleichgewicht zu bewahren und weiterhin professionell und empathisch im Umgang mit KlientInnen zu bleiben.

Bewusste Selbstfürsorge der HelferInnen spiegelt somit sowohl Verantwortung sich selbst als auch den KlientInnen gegenüber wider.

²⁷⁷ Dieses wird auf Seite 74f näher beschrieben.

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem Wissensstand der im Feld tätiger SozialarbeiterInnen zum Thema Sekundäre Traumatisierung im Kontext Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen auseinander.

Ein weiterer Fokus sind positive Copingstrategien im Umgang mit beruflichen Belastungen, insbesondere durch die Konfrontation mit Traumata der KlientInnen.

Zu Beginn wird auf spezifische Herausforderungen und Spannungsfelder der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen eingegangen um den Rahmen, vor dem sich die vorliegende Arbeit bewegt, abzustecken. Anschließend wird auf Grundlagen der Psychotraumatologie eingegangen und darauf aufbauend auf Theorien und aktuelle Studien hinsichtlich Sekundärer Traumatisierung.

Mögliche Risikofaktoren als auch Präventions- und Copingstrategien werden herausgearbeitet.

Im Rahmen der qualitativen Interviews erfolgte eine aktuelle Bestandsaufnahme bezüglich der Thematik im Kontext Sozialer Arbeit mit Flüchtlingen.

Es wurde thematisiert, inwiefern SozialarbeiterInnen mit Traumata ihrer KlientInnen in Berührung kommen, wie sie diese Konfrontation erleben und in derartigen Situationen reagieren. Der Fokus der Interviews wurde auf Ressourcen und Strategien - sowohl auf individueller als auch auf Teamebene - der SozialarbeiterInnen im Umgang mit dieser Form der beruflichen Belastung gelegt.

Aus den Interviews ging klar hervor, dass die befragten SozialarbeiterInnen intensiv mit Traumata der KlientInnen konfrontiert sind. Die Bewältigung dieser Belastung gelingt ihnen durch aktive Selbstfürsorge in Kombination mit team- bzw. einrichtungsspezifischen Formen der Unterstützung. Nur rund die Hälfte der Befragten sind trotz ihres Gefährdungspotentials mit dem Konzept Sekundärer Traumatisierung vertraut.

Abstract

The document at hand deals with social workers' knowledge concerning secondary traumatization in the context of social work with refugees. Its main focus lies on coping strategies for dealing with job-related pressures, especially when caused by being confronted with the clients' traumatic experiences.

First, this work summarizes specific requirements and areas of conflict of social work with refugees. This happens to further define the frame within which this document deals with the subject mentioned beforehand. Then, the thesis explains the basics of psycho-traumatology before it discusses theories and current studies in terms of secondary traumatic experiences. Possible risk factors and coping strategies are worked out.

Based on qualitative interviews, this diploma thesis then gives an overview over coping strategies currently used by social workers working with refugees. Numerous questions are dealt with. This covers subjects like in how far social workers are even confronted with their clients' traumata directly, what their feelings are when it happens and how they react to such situations. The main focus when doing the interviews was put on resources used and strategies employed by social workers when dealing with this form of extraordinary job-related burden. Questions were asked concerning the individual coping as well as the coping done by teams of individuals.

The interviews clearly formed a picture of the social workers being heavily confronted with their clients' traumatic experiences. They manage to cope with this confrontation by helping themselves (either individually or within the range of their team) and by being supported within team- or facility based aid offerings. Even though the risk potential for secondary traumatic experiences is remarkable, the scientific concept of it was unknown to more than 50% of them.

Quellenverzeichnis

Bücher bzw. Beiträge in Büchern sowie Zeitschriften

Andreatta M.-P., Die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch primäre und sekundäre Traumatisierung. Auswirkungen von Traumaexposition auf kognitive Schemata, Dissertation an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck 2004

BAfF-Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg.), Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis, von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe 2006

Bernhart D., Somalische Flüchtlinge in Österreich. Wirkungsweisen politischer Regulierung durch das Asylverfahren auf somalische Flüchtlinge und ihre Reaktionen darauf, Diplomarbeit, FH Campus Wien, 2008

Brainin E. (Hrsg.), Kindsein in stürmischen Zeiten. Reales Trauma und psychische Bewältigung, Picus Verlag, Wien 2003

Breitwieser M., Belastung und Burnout-Risiko für SozialarbeiterInnen in der Flüchtlingssozialarbeit, Diplomarbeit an der Akademie für Sozialarbeit der Stadt Wien 2004

Buder A., Schatten kollidieren mit Menschen. Zur Lebenssituation von traumatisierten Flüchtlingen in Österreich und die daraus resultierende Relevanz der sozialarbeiterischen Tätigkeit, Diplomarbeit an der Fachhochschule Campus Wien, Studiengang Sozialarbeit, Wien 2007

Dittmar N., Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden³ 2009

Eco U., Wie man eine wissenschaftliche Abschlussarbeit schreibt, C.F.Müller Verlag, Heidelberg¹², 2007

Einzenberger E., Über-Leben als Sozialarbeiter/in. Konstruktive Coping-Strategien und ihre Bedeutung in der Sozialarbeit, Diplomarbeit an der Fachhochschule Campus Wien, Wien 2008

Fischer G., Riedesser P., Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt Verlag UTB, München⁴ 2009

Flick U., Qualitative Sozialforschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, Rowohlt, Hamburg² 1995

Frey C., Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden, in: Maier T., Schnyder U. (Hrsg.), Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch, Verlag Hans Huber, Bern 2007, S.233-255

- Friedmann et al., Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung, Springer Verlag, Wien 2004
- Friedrichs J., Methoden empirischer Sozialforschung, Westdeutscher Verlag, Opladen¹⁴ 1990
- Froschauer U., Lueger M., Das qualitative Interview, WUV Universitätsverlag, Facultas, Wien 2003
- Gröschel C., Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration. Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen, ibidem Stuttgart 2008
- Hausmann C., Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards, Facultas Verlag, Wien² 2003
- Helferich C., Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden² 2004
- Herbert C., Wettmore A., Wenn Alpträume wahr werden. Traumatische Ereignisse verarbeiten und überwinden, Hans Huber Verlag, Bern 2006
- Herriger N., Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, Kohlhammer, Stuttgart² 2002
- Hinckeldey S., Fischer G., Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung, Reinhardt, München 2002
- Huber M., Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1, Junfermann, Paderborn² 2005
- Huber M., Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2, Junfermann, Paderborn³ 2003
- Hudnall-Stamm B., Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können, Junfermann 2002
- Kluwe-Schleeberger G., Die Würde des Menschen ist antastbar, in: Psychotraumatologie, Heft Nr. 3 (2002), Georg Thieme Verlag Stuttgart
- Konzett E., Asylverfahren und Retraumatisierung. Umgang, Interventionen und Lösungsansätze von SozialarbeiterInnen im Flüchtlingsbereich, Diplomarbeit an der FH Campus Wien, Wien 2010
- Lehmann D., Gewalt – Trauma für Klientin und Sozialarbeiterin? Die Bedeutung der Psychohygiene bei der Arbeit mit traumatisierten Frauen, Diplomarbeit an der Bundesakademie für Sozialarbeit, Wien 2004

Lemke J., Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung, Asanger Verlag, Kröning² 2008

Lüssi P., Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung, Paul Haupt Verlag, Bern⁵ 2001

Mayrhofer M., Raab-Steiner E., Wissens- und Kompetenzprofile von SozialarbeiterInnen. Berufspraktische Anforderungen, strukturelle Spannungsfelder und künftige Herausforderungen, Band 3 Schriftenreihe des Departments für Soziale Arbeit, FH Campus Wien 2007

Nettelroth J., Yes, they can! Flüchtlinge werden selbst aktiv., Empowerment in der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen am Beispiel des Projektes ARTIF in Plymouth, Bachelorarbeit an der Hochschule Esslingen, Esslingen 2008

Nohl A.-M., Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden² 2008

Ottomeyer K., Peltzer K. (Hrsg.), Überleben am Abgrund. Psychotrauma und Menschenrechte, Drava, Klagenfurt 2002

Pross C., Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2009

Przyborski A., Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004

Putzer J., Rohrböck J., Asylrecht. Leitfaden zur neuen Rechtslage nach dem Asylgesetz 2005, Manz Verlag, Wien 2007

Rasul Akhtar M., Muttersprachliche Beratung von Flüchtlingen, in : Refugio München (Hrsg.), Verfolgung, Flucht – und dann? Hilfe für gefolterte und traumatisierte Flüchtlinge, IKO – Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt am Main 1999, S. 53-66

Reddemann L., Dehner-Rau C., Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen, Trias Verlag, Stuttgart³ 2008

Schnedl K., Kultursensible Arbeitsmodelle der Sozialen Arbeit. Eine Analyse der mobilen Altenpflege bei türkischen MigrantInnen in Wien, Diplomarbeit FH Campus Wien, Wien 2008

Schramme T., Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit, Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2000

Schumacher S., Peyrl J., Ratgeber Fremdenrecht. Asyl – Ausländerbeschäftigung – Einbürgerung – Einwanderung – Verwaltungsverfahren, ÖGB Verlag, Wien³ 2007

Soyer J., Konsequenzen für die Arbeit in Einrichtungen der Flüchtlingsbetreuung: Die therapeutische Funktion sozialer Arbeit, in: Forster E., Bieringer I., Lamott F., Migration und Trauma. Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit, LIT Verlag, Münster-Hamburg-London 2003, S.156-160

Staub-Bernasconi S., Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit, in: Sozialarbeit in Österreich, Heft Nr. 2 (2007)

Steinkopff B., Berücksichtigung kultureller Aspekte bei der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge, in: Refugio München (Hrsg.), Verfolgung, Flucht – und dann? Hilfe für gefolterte und traumatisierte Flüchtlinge, IKO – Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt am Main 1999, S. 5-22

Teegen F., Posttraumatische Belastungsstörung bei gefährdeten Berufsgruppen: Prävalenz – Prävention – Behandlung, Verlag Hans Huber, Bern 2003

Wenth Ch., Psychohygiene für SozialarbeiterInnen. Institutionell angebotene Maßnahmen und Handlungen, die der/die SozialarbeiterIn selbst setzt, um eine effektive Psychohygiene durchführen zu können, Diplomarbeit FH Campus Wien, Wien 2008

Wurzbacher S., Gut beraten. Abgeschoben ... : Flüchtlingssozialarbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit, von Loeper Verlag, Karlsruhe 1997

Zepf B., Bewältigungsstrategien in der Flüchtlingssozialarbeit, in: Migration und Soziale Arbeit, „Unterwegs und doch zu Hause?“, Heft 3 /4, 1999, S. 104-110

Internetquellen

Bittenbinder E., Traumatisierte Helfer im Hilfesystem – Burnout oder stellvertretende Traumatisierung. Beitrag im Rahmen der Tagung „Plötzlich ist nichts mehr wie es war“-Trauma und posttraumatische Stressbelastung bei Kindern und Jugendlichen, 4. und 5.11.2003, Stuttgart, URL: <http://www.xenion.org/de/publikationen> , Zugriff am 12.5.2009

Bundesministeriums für Arbeit , Soziales und Konsumentenschutz, URL: <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH1018> , Zugriff am 24.9.2010

Bundesministerium für Inneres, Asylstatistik Juli 2010 sowie Jahresstatistik Asyl 2009, URL: http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/start.aspx , Zugriff am 10.8.2010

Charles Figley /eigene Homepage, URL: <http://sites.google.com/site/charlesfigley/> , Zugriff am 14.9.2010

Curriculum Vitae von Karen W.Saakvitne, URL:
www.riskingconnection.com/rc_pdfs/Saakvitne-1.pdf , Zugriff am 20.9.2010

Daniels J., Sekundäre Traumatisierung – Kritische Prüfung eines Konstruktes, Dissertation Universität Bielefeld 2006, als Download URL: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=982789211&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=982789211.pdf , Zugriff am 24.4.2009

Daniels J., Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung, Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, o.a.O. Ausgabe 3/2007 als Download : Eine Neuropsychologische Theorie, Rubrik Materialien und Artikel, Homepage des Fortbildungsinstitutes für Sekundärtraumatisierung, URL:
http://www.sekundaertraumatisierung.de/sfSimpleBlog/show/stripped_title/materialien-und-artikel.html , Zugriff am 20.9.2010

Daniels J., Sekundäre Traumatisierung – Eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen, als Download : Interviewstudie, Rubrik Materialien und Artikel, Homepage des Fortbildungsinstitutes für Sekundärtraumatisierung, URL:
http://www.sekundaertraumatisierung.de/sfSimpleBlog/show/stripped_title/materialien-und-artikel.html , Zugriff am 20.9.2010

Der Standard:

- Alkan G., Zum Schmarotzen gezwungen. Ein Gespräch mit drei ExpertInnen zum Thema Grundversorgung für AsylwerberInnen, daStandard, 29.4.2010, URL: <http://dastandard.at/1271375557080/Zum-Schmarotzen-gezwungen>, Zugriff am 24.9.2010
- NGOs kritisieren Neuvergabe, 25.9.2009, URL: <http://derstandard.at/1253807771908/NGOs-kritisieren-Neuvergabe> , Zugriff am 24.9.2010
- Rote Karte für Asylwerber, 7.9.2010, URL: <http://derstandard.at/1282979065459/Einigung-Rote-Karte-fuer-Asylwerber> , Zugriff am 24.9.2010
- Schubhaftbetreuung neu ausgeschrieben, 2.4.2010, URL: <http://derstandard.at/1269448801826/Schubhaftbetreuung-neu-ausgeschrieben> , Zugriff am 25.9.2010
- „Sozialkonzerne sind nicht gewohnt zu verlieren“, URL: <http://derstandard.at/1246541356429/Sozialkonzerne-sind-nicht-gewohnt-zu-verlieren> , Zugriff am 25.9.2010
- Starker Rückgang bei Asylanträgen, 19.7.2010, URL: <http://derstandard.at/1277338280986/Starker-Rueckgang-bei-Asylantraegen> , Zugriff am 12.8.2010

Fremdenpolizeigesetz 2005, §2 Absatz 4 Punkt 1, URL:
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004241> , Zugriff am 27.8.2010

Genfer Flüchtlingskonvention: Fragen und Antworten, Homepage des UNHCR, URL: <http://www.unhcr.ch/grundlagen/genfer-fluechtlingskonvention.html> , Zugriff am 27.8.2010

Gies H., Sekundäre Traumatisierung und Mitgeföhlerschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuung in der Jugendhilfe, URL: www.supervision-gies.de/download/hedi_gies_artikel.pdf, Zugriff am 20.9.2010

Sowie Profil von Hedi Gies, eigene Homepage, URL: http://www.supervision-gies.de/profil_hedi_gies.html , Zugriff am 22.9.2010

Headington Institute Homepage, Rubrik Staff, URL: <http://www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=1289> , Zugriff am, 14.9.2010

Homepages von NGOs und Vereinen in Österreich:

- Caritas der Erzdiözese Wien, URL: <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/asylmigrationintegration/integrationsarbeit/integrationsarbeit-noe/>
- sowie <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/asylmigrationintegration/beratung-fuer-asylwerberinnen/psychosoziale-angebote/> , Zugriff am 14.7.2010
- und Psychosoziale Angebote in Wien und Niederösterreich, URL: <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/asylmigrationintegration/beratung-fuer-asylwerberinnen/psychosoziale-angebote/> , Zugriff am 21.10.2010
- Diakonie Flüchtlingsdienst, URL: <http://fluechtlingsdienst.diakonie.at/goto/de/was/unterbringung/ziele>
- sowie <http://fluechtlingsdienst.diakonie.at/goto/de/was/unterbringung/fluechtlingshaus-neu-albern/besondere-aktivitaeten> , Zugriff am 14.7.2010
- sowie Vorstellung von Amber Med auf der Homepage des Diakonie Flüchtlingsdienstes, URL: <http://amber.diakonie.at/> , Zugriff am 12.9.2010
- Interface Wien GmbH., URL: <http://www.interface-wien.at/>
- sowie <http://www.interface-wien.at/view/content/4-asylberechtigte> , Zugriff am 14.7.2010
- Österreichischer Integrationsfonds, URL: http://www.integrationsfonds.at/betreuung/integrationswohnhaeuser/integrationswohnhaus_nussdorfer_strasse/ , Zugriff am 14.7.2010
- Verein Hemayat, URL: <http://www.hemayat.org/therapie.html> , Zugriff am 14.7.2010
- Verein KAMA, Rubrik „Über uns“, URL: http://www.kama.or.at/index.php?option=com_content&view=article&id=47:ide&catid=34:ueber-uns&Itemid=54 , Zugriff am 12.9.2010
- Vereins Menschen.Leben, URL: http://www.menschen-leben.at/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=41 , Zugriff am 14.7.2010
- Verein Ute Bock Hrsg., Tätigkeitsbericht 2009, URL: <http://www.fraubock.at/downloads.html#berichte> , Zugriff am 14.7.2010

- Verein ZEBRA, URL: <http://www.zebra.or.at/angebote.php?show=rehab&sub=1>, Zugriff am 14.7.2010

Krollner P., Krollner M., Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. ICD 10 Code, 2010, URL: <http://www.icd-code.de/icd/code/F62.0.html> , Zugriff am 29.4.2010

Mental Health Professionals“ Homepage, URL: <http://wmmhw.com/I.-Lisa-McCann-PhD.html> , Zugriff am 20.9.2010

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf40.htm+> , Zugriff am 4.3.2010

Noch keine Verbesserung. Schwere Vorwürfe gegen Griechenland, ORF 30.7.2010, URL: <http://news.orf.at/stories/2005596/2005600/> , Zugriff am 30.8.2010

Posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10: F 43.1, Leitlinien psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/051-010.htm>, Zugriff am 5.3.2010

Presseaussendung der Asylkoordination Österreich, URL: <http://deserteursberatung.at/article/520> , Zugriff am 25.9.2010

Schallaböck U., Wer sind die Ausländer in Österreich?, Integration im Fokus, 2/2009, im Internet veröffentlicht auf der Homepage des Österreichischen Integrationsfonds, URL: http://www.integrationsfonds.at/wissen/integration_im_fokus/integration_im_fokus_ausgabe_22009/service/wer_sind_die_auslaender_in_oesterreich/ , Zugriff am 27.8.2010

Till M., EU-SILC 2007 : Armutsgefährdung am höchsten bei lang andauernder Arbeitslosigkeit, Homepage der Statistik Austria, Wien März 2009, URL: http://www.statistik.at/web_de/presse/pressemitteilungen_laufendes_jahr/3/035746?year=2009&month=3, Zugriff am 10.8.2010

Udolf M., Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe, November 2009, URL: http://www.traumapaedagogik.de/index.php?option=com_content&view=article&id=164:sekundaere-traumatisierung-bei-paedagogischen-fachkraeften-in-der-kinder-und-jugendhilfe&catid=25:kinder-und-jugendhilfe&Itemid=53 , Zugriff am 22.9.2010

Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie, Abteilung für Sozialpsychologie, Ethnopschoanalyse und Traumatologie, URL: <https://campus.uni-klu.ac.at/org/oe.jsp;jsessionid=A31F16F872A4840208ED556DBC40DB19.appcampus1?orgkey=525> , Zugriff am 14.7.2010

Weitere Quellen

eigene Mitschrift, Preitler B., Psychotherapeutin bei HEMAYAT – Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende, Schulung „Flucht und Trauma“ im Rahmen der Fortbildungsreihe der Asylkoordination Österreich, Wien 24.10.2008

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	Am angegeben Ort
Ebd.	Ebenda
Vgl.	Sinngemäßes, indirektes Zitat
d.h.	Das heißt
m.E.	Meines Erachtens, also nach Ansicht der Autorin

Abbildungsverzeichnis

- Abb.1 Reaktionstypen von PsychotherapeutInnen bei Empathiestress nach Wilson und Lindy, 1994, in: Ottomeyer K., Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen – Fallstricke und Handlungsmöglichkeiten, S.130-170, in: Ottomeyer K., Peltzer K. (Hrsg.), Überleben am Abgrund. Psychotrauma und Menschenrechte, Drava, Klagenfurt 2002, S.141
- Abb.2 Stellvertretende Traumatisierung, Frey 2001, in: Frey C., Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden, S.233-255, in: Maier T., Schnyder U. (Hrsg.), Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoffern. Ein praktisches Handbuch, Verlag Hans Huber, Bern 2007, S.236
- Abb.3 Schema Ablauf des Asylverfahrens nach dem Asylgesetz 2005, Asylkoordination Österreich 2009, URL: http://www.asyl.at/fakten_1/basis.htm , Eintrag vom 16.11.2009: Dokumente zum Download, Zugriff am 28.10.2010

Anhang

Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen

*FremdeR ist, wer die österreichische Staatsbürgerschaft nicht besitzt.*²⁷⁸

Diese Definition findet sich zu Beginn zahlreicher fremdenrechtlicher Bestimmungen und Gesetze, die das Leben der betroffenen Menschen mitunter weitreichend beeinflussen.

Im österreichischen Fremdenrecht wird strikt zwischen (unfreiwilliger) Flucht und (freiwilliger) Migration unterschieden. In der Realität ist diese Freiwilligkeit jedoch nicht immer klar gegeben.

Rund 10% der Bevölkerung Österreichs besitzen nicht die österreichische Staatsbürgerschaft und gelten demnach als Fremde, wobei ein Großteil von ihnen aus anderen europäischen Staaten immigriert ist. Obwohl das Thema „AsylwerberInnen in Österreich“ medial in den letzten Jahren stark präsent war bzw. ist, machen sie nur einen kleinen Teil der juristisch als fremd geltenden Menschen in Österreich aus.²⁷⁹

An dieser Stelle folgt ein kurzer Überblick über das Asylwesen in Österreich, wobei der Fokus insbesondere auf jene Faktoren gelegt wird, die den Alltag von Flüchtlingen in Österreich prägen. Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, kann nicht auf die Geschichte der Asylpolitik in Österreich sowie im Detail auf die rechtlichen Grundlagen und Gesetze eingegangen werden; diesbezüglich sei auf den Ratgeber Fremdenrecht von Schumacher, Peyrl und Neugschwendtner verwiesen.

Nicht ausdrücklich mit Literaturangaben versehene Aussagen beruhen auf eigener einschlägiger beruflicher Erfahrungen der Autorin.

²⁷⁸ Vgl. Fremdenpolizeigesetz 2005, §2 Absatz 4 Punkt 1, URL: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004241> , Zugriff am 27.8.2010

²⁷⁹ Vgl. Schallaböck U., Wer sind die Ausländer in Österreich?, Integration im Fokus, 2/2009, im Internet veröffentlicht auf der Homepage des Österreichischen Integrationsfonds, URL: http://www.integrationsfonds.at/wissen/integration_im_fokus/integration_im_fokus_ausgabe_22009/service/wer_sind_die_auslaender_in_oesterreich/ , Zugriff am 27.8.2010

Asylverfahren in Österreich²⁸⁰

Zulassungsverfahren

Wenn eine Person in Österreich einen Asylantrag stellen möchte, muss sie dies im Inland tun. Den „Antrag auf internationalen Schutz“ kann sie bei jeder Polizeistation oder direkt in einer der Erstaufnahmestellen (Traiskirchen bzw. Thalham) einbringen. Die Asylantragstellung begründet kein Aufenthaltsrecht in Österreich sondern lediglich einen faktischen Abschiebeschutz bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens.²⁸¹

Zunächst findet das sogenannte **Zulassungsverfahren** statt, dessen Ziel es ist abzuklären, ob Österreich für die inhaltliche Prüfung des Asylantrages zuständig ist.²⁸² Bei der ersten Befragung geht es deshalb vorrangig um den Fluchtweg und nicht um die eigentlichen Fluchtgründe.

Österreich kann sich für die inhaltliche Prüfung des Asylantrages unzuständig erklären, wenn die Betroffene Person in einem anderen Staat Schutz vor Verfolgung hätte finden können (Drittstaatsicherheit) oder ein anderer europäischer Staat im Sinne der sogenannten Dublin-II-Verordnung (VO) für die Prüfung des Asylantrages zuständig ist.

Gemäß der Dublin-II-VO ist jener Mitgliedsstaat der europäischen Union zuständig, in dem die betreffende Person das erste Mal das Hoheitsgebiet der europäischen Union betreten hat. Die Intention des Gesetzes ist es zu vermeiden, dass eine Person in mehreren europäischen Mitgliedsstaaten Asylanträge stellt.²⁸³ Die Gesetzgebung bzw. deren Umsetzung weist jedoch erhebliche Mängel auf, da sie von der falschen Tatsache ausgeht, dass in allen europäischen Mitgliedsstaaten dieselben Standards in Bezug auf Asylverfahren und Versorgung von AsylwerberInnen vorzufinden wären. Besonders drastisch zeigt sich dies am Beispiel Griechenland, in dem weder eine adäquate Versorgung Asylsuchender gewährleistet ist noch ein in einem europäischen Rechtsstaat angemessenes Asylverfahren.²⁸⁴

Da Österreich über keine direkten EU-Außengrenzen verfügt, sollte es in Österreich

²⁸⁰ Siehe hierzu auch das Ablaufschema des Asylverfahrens nach dem Asylgesetz 2005 auf Seite 172

²⁸¹ Vgl. Schumacher S., Peyrl J., Ratgeber Fremdenrecht, ÖGB Verlag, Wien³ 2007, S. 191ff

²⁸² Jene Flüchtlinge, die über den Flughafen Wien Schwechat einreisen, können in der Erstaufnahmestelle Wien Schwechat ihren Antrag vorbringen. Im sogenannten Flughafenverfahren wird entschieden, ob den Betroffenen die Einreise nach Österreich gestattet und ein inhaltliches Verfahren begonnen wird.

²⁸³ Vgl. Schumacher S., Peyrl J., Ratgeber Fremdenrecht, ÖGB Verlag, Wien³ 2007, S. 194ff

²⁸⁴ Vgl. Noch keine Verbesserung. Schwere Vorwürfe gegen Griechenland, ORF 30.7.2010, URL: <http://news.orf.at/stories/2005596/2005600/>, Zugriff am 30.8.2010

keine bzw. kaum noch zu inhaltlichen Asylverfahren kommen. De facto scheidet es oftmals an der Beweisbarkeit, über welche Länder eine Person eingereist ist; weiters sind auch im Rahmen der Dublin-II-VO familiäre Bindungen bis zu einem gewissen Grad zu berücksichtigen.

Negative Aspekte der Verordnung für die Betroffenen sind monate- bis hin zu jahrelangen Zulassungsverfahren, Zurückschiebungen innerhalb Europas und unterschiedliche Standards in Bezug auf Asylverfahren und Versorgung.

Inhaltliches (materielles) Asylverfahren

Ist ein Asylverfahren in Österreich zugelassen, prüft das Bundesasylamt in erster Instanz den Asylantrag im Hinblick auf die tatsächlichen Fluchtgründe.²⁸⁵ Das Bundesasylamt entscheidet am Ende des Ermittlungsverfahrens²⁸⁶ per Bescheid; in diesem wird über drei Punkte entschieden:

- Findet das Fluchtvorbringen des/der Asylsuchenden Deckung in der Genfer Flüchtlingskonvention?²⁸⁷ Wenn keine Ausschluss- oder Endigungsgründe vorliegen ist der Person der **Status des/der Asylberechtigten gemäß § 3 Asylgesetz 2005** zuzuerkennen. Als anerkannter Flüchtling ist die Person anschließend zum dauerhaften Aufenthalt in Österreich berechtigt und StaatsbürgerInnen sozialrechtlich gleichgestellt. Sie hat die Möglichkeit über das sogenannte Familienverfahren EhepartnerInnen bzw. minderjährige Kinder nach Österreich nachzuholen (im Falle von minderjährigen Flüchtlingen Eltern sowie Geschwister).
- Wenn der Antrag auf Asyl abgelehnt wird ist zu prüfen, ob eine Abschiebung des/der Fremden im Lichte der Artikel 2 und 3 EMRK (Europäische Menschenrechtskonvention, Verbot der unmenschlichen bzw. erniedrigenden Behandlung, Folter sowie der Todesstrafe) zulässig ist. Wenn nicht, so ist dem/der Fremden der **Status des/der subsidiär Schutzberechtigtem gemäß § 8 Asylgesetz 2005** zuzuerkennen. Dieser Status beinhaltet eine

²⁸⁵ De iure kann eine inhaltliche Prüfung auch bereits während des Zulassungsverfahrens erfolgen, dies stellt jedoch nicht den Regelfall dar.

²⁸⁶ Es gelten die Regeln des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes sowie diesbezüglicher Bestimmungen im Asylgesetz.

²⁸⁷ Siehe Seite 8

Aufenthaltsberechtigung für zunächst ein Jahr, die bei Fortbestand der relevanten Erteilungsgründe verlängert werden kann. Auch sie sind ÖsterreicherInnen sozialrechtlich weitestgehend gleich gestellt, können jedoch erst nach erstmaliger Verlängerung des Schutzes ein Familienverfahren einleiten.

- Wird dem/der AsylwerberIn weder Asyl noch subsidiärer Schutz gewährt gilt es zu prüfen, ob mit der Ablehnung auch die **Ausweisung des/der Fremden** verfügt werden kann. Eine Ausweisung bedeutet die offizielle Aufforderung, Österreich zu verlassen und kann auch gegen den Willen der Betroffenen durch eine Abschiebung durchgesetzt werden. Eine Ausweisung darf nicht erlassen werden, wenn sie das Rechts des/der Betroffenen auf Schutz des Privat- und Familienlebens (Artikel 8 EMRK) verletzen würde. In diesem Fall ist die vorübergehende oder dauerhafte Unzulässigkeit der Ausweisung festzustellen und ein entsprechender Aufenthaltstitel gemäß dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes zu gewähren.

Der Bescheid wird per Brief zugestellt, wobei nur Spruch und Rechtsmittelbelehrung in die Sprache des/der Asylsuchenden übersetzt werden. Es besteht die Möglichkeit, gegen einen negativen Bescheid innerhalb von 14 Tagen das Rechtsmittel der Beschwerde zu ergreifen, dies ist jedoch ohne professionelle Hilfe nur schwer möglich.

Einer Beschwerde kommt die aufschiebende Wirkung²⁸⁸ zu, sofern es sich nicht um einen Folgeantrag²⁸⁹ handelt oder im Bescheid anderweitig festgehalten.

In zweiter Instanz entscheidet nun der Asylgerichtshof. Dieser kann bei mangelndem Ermittlungsverfahren den Akt zur neuerlichen Bearbeitung an das Bundesasylamt zurückverweisen, aufgrund der Aktenlage entscheiden oder selbst ermitteln und anschließend per Erkenntnis erneut über die bereits geschilderten drei Punkte Asyl, Subsidiärer Schutz sowie Ausweisung absprechen.

Wird hier erneut negativ entschieden, so ist nur noch eine außerordentliche Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof möglich. Diese muss jedoch von einem Anwalt geschrieben bzw. unterfertigt sein und die aufschiebende Wirkung der Beschwerde muss gesondert beantragt werden.

²⁸⁸ Der faktische Abschiebeschutz besteht weiter bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung der zweiten Instanz.

²⁸⁹ Stellung eines weiteren Asylantrages nach rechtskräftiger Beendigung des vorangegangenen

Daten und Fakten

Mit Stichtag 1.8.2010 befinden sich in Österreich 4.498 Asylverfahren in erster Instanz (Bundesasylamt) sowie weitere 17.923 Asylverfahren in zweiter Instanz (Asylgerichtshof) in Bearbeitung.²⁹⁰ Hinzu kommen jene Verfahren, die bei den Höchstgerichten, d.h. Verfassungs- sowie Verwaltungsgerichtshof anhängig sind. Hierzu liegen keine aktuellen Daten vor.

Im laufenden Jahr wurden bis zum 1.8.2010 insgesamt 5 950 neue Anträge gestellt, in demselben Zeitraum kam es zu insgesamt 11 184 rechtskräftigen Erledigungen.²⁹¹ Mit der Einsetzung des Asylgerichtshofes (1.7.2008) können nun demnach zwar mehr Fälle bearbeitet und abgeschlossen werden, es ist jedoch davon auszugehen, dass es noch länger dauern wird, bis sämtliche „Altlasten“ erledigt sind.

Die Zahl der Asylanträge ist in den letzten Jahren - mit Ausnahme einer leichten Steigerung im Jahr 2009 - im Sinken begriffen, wie aus Mehrjahresvergleichen abzulesen ist.²⁹² Dahingegen stiegen in den letzten Jahren die Zahl der Ausweisungen sowie der Menschen, die sich in Schubhaft befanden.²⁹³

Im Jahr 2009 waren die sogenannten antragsstärkste Nationen die Russische Föderation (insb. Tschetschenien), Afghanistan, Kosovo, Georgien, Nigeria, Serbien, Türkei, Armenien, Indien und der Irak.²⁹⁴ Rund zwei Drittel der AsylwerberInnen sind männlich.

Die Anerkennungsquote schwankt im Hinblick auf die verschiedenen Herkunftsländer der Asylsuchenden stark und bewegt sich im Durchschnitt um die 16%²⁹⁵.

Sie liegt damit unter dem EU-Durchschnitt.²⁹⁶

Die Dauer der Verfahren in erster Instanz beim Bundesasylamt ist gemäß des anzuwendenden Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes (AVG) auf 6 Monate beschränkt, in der Realität ist mit einer durchschnittlichen Dauer von 6-12 Monaten zu

²⁹⁰ Vgl. Bundesministerium für Inneres, Asylstatistik Juli 2010, URL: http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/start.aspx, Zugriff am 10.8.2010

²⁹¹ Vgl. Ebd.

²⁹² Vgl. Ebd.

²⁹³ Vgl. Starker Rückgang bei Asylanträgen, Der Standard, 19.7.2010, URL: <http://derstandard.at/1277338280986/Starker-Rueckgang-bei-Asylantraegen>, Zugriff am 12.8.2010

²⁹⁴ Vgl. Bundesministerium für Inneres, Jahresstatistik Asyl 2009, URL: http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/start.aspx, Zugriff am 10.8.2010

²⁹⁵ Vgl. Ebd.

²⁹⁶ Vgl. Starker Rückgang bei Asylanträgen, Der Standard, 19.7.2010, URL: <http://derstandard.at/1277338280986/Starker-Rueckgang-bei-Asylantraegen>, Zugriff am 12.8.2010

rechnen. Hinsichtlich der Dauer der Verfahren vor der zweiten Instanz, d.h. dem Asylgerichtshof, lassen sich keine zuverlässigen Aussagen treffen, mehrere Jahre dauernde Verfahren sind jedoch keine Seltenheit.

Alltag und Lebensbedingungen von AsylwerberInnen

Grundversorgung

Es gibt die sogenannte Grundversorgungsvereinbarung, in der die Aufteilung der Verantwortung bzw. der Kosten zwischen Bund und Ländern festgehalten ist.

Während Anspruchsvoraussetzungen und enthaltene Leistungen in dem Grundversorgungsgesetz des Bundes festgehalten sind, obliegt die konkrete Vollziehung der Grundversorgung den Ländern, was in der Praxis zu Unterschieden zwischen den Bundesländern führen kann.

Während des Asylverfahrens haben Asylsuchende Anspruch auf Grundversorgung.

Diese beinhaltet Verpflegung, Unterbringung, eine grundlegende medizinische Versorgung sowie andere Sozialleistungen. Die Grundversorgung kann entweder im Rahmen von organisierten Unterkünften (Heime, Wohngemeinschaften, etc.) oder für privat Wohnende in Form einer Barleistung gewährt werden.

Eine genaue Auflistung der umfassten Leistungen findet sich u.a. bei Schumacher und Peyrl.

Anzumerken ist, dass der Wert der im Rahmen der Grundversorgung vorgesehenen Barbeträge²⁹⁷ sowie Tagsätze seit 2004 besteht und seither nicht wertangepasst wurde, er liegt weit unter den für BezieherInnen der bedarfsorientierte Mindestsicherung geltenden Richtsätzen²⁹⁸ und liegt eindeutig unter der Armutsgefährdungsschwelle²⁹⁹.

²⁹⁷ Für privat wohnende AsylwerberInnen beispielsweise sind maximale Hilfsleistungen in der Höhe von 290 € pro erwachsener Person pro Monat vorgesehen (180€ Verpflegungsgeld + max. 110€ Mietbeihilfe) sowie 80€ pro Kind pro Monat, unabhängig vom Alter des Kindes. In organisierten Unterkünften wohnende Asylsuchende erhalten Unterkunft (und meist auch Verpflegung) dort und können über ein monatliches Taschengeld von 40€ verfügen.

²⁹⁸ Hier sind 744€ netto pro Monat pro alleinstehender Person sowie 1116€ für Paare vorgesehen. (Homepage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, URL: <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH1018>, Zugriff am 24.9.2010)

²⁹⁹ Im Rahmen des EU-SILC 2007 wurde die Armutsgefährdungsschwelle für Alleinlebende in Österreich mit 912 € pro Monat berechnet, dieser Wert erhöht sich bei Mehrpersonenhaushalten um 456€ pro Erwachsenen bzw. um 274€ pro Kind. (Vgl. Till M., EU-SILC 2007 : Armutsgefährdung am höchsten bei lang andauernder Arbeitslosigkeit, Homepage der Statistik Austria, Wien März 2009, URL: http://www.statistik.at/web_de/presse/pressemitteilungen_laufendes_jahr/3/035746?year=2009&month=3, Zugriff am 10.8.2010)

AsylwerberInnen haben zudem keinen Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen wie Kinderbetreuungsgeld, Familienbeihilfe, Wohn- sowie Mietbeihilfe, etc.

Es gibt keine Ermäßigungen für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, was die Mobilität der Betroffenen maßgeblich einschränkt.

In Wien beziehen derzeit ca. 5800 Menschen die Grundversorgung, wobei ca. 1800 davon in organisierten Unterkünften leben.³⁰⁰

Sprache und gesellschaftliche Partizipation

Während des Asylverfahrens haben AsylwerberInnen keinen Anspruch auf Deutschkurse. Es gibt zwar viele Initiativen bzw. Beratungsstellen, die (vielfach kostenlose) Deutschkurse anbieten, diese sind jedoch vorwiegend in größeren Städten angesiedelt und somit nicht für alle AsylwerberInnen erreichbar.

Insbesondere traumatisierte Flüchtlinge haben zudem oftmals erhebliche Schwierigkeiten beim Erlernen einer neuen Sprache, da sie unter Konzentrations- und Merkstörungen leiden.

Die Möglichkeiten gesellschaftlicher Partizipation sind aufgrund verschiedener Faktoren eingeschränkt, dazu gehören:

- Mangelnde Sprachkenntnisse bzw. unzureichende Möglichkeiten die deutsche Sprache zu erlernen
- Gesonderte Beratungsstellen und Quartiere nur für AsylwerberInnen
- Massiv eingeschränkte Möglichkeiten der Berufstätigkeit
- Aufgrund der prekären finanziellen Lage ist die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (z.B. Theater- oder Kinobesuche, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, etc.) nur eingeschränkt möglich.

³⁰⁰ Vgl. Alkan G., Zum Schmarotzen gezwungen. Ein Gespräch mit drei ExpertInnen zum Thema Grundversorgung für AsylwerberInnen, daStandard, 29.4.2010, URL: <http://dastandard.at/1271375557080/Zum-Schmarotzen-gezwungen>, Zugriff am 24.9.2010

Fremd- und Selbstbestimmung

Das Leben von AsylwerberInnen ist durch ein hohes Maß an Fremdbestimmung gekennzeichnet, zudem haben regulative Maßnahmen in den letzten Jahren sukzessive zugenommen. Betroffene können demnach über wesentliche Faktoren des eigenen Lebens nicht selbst bestimmen, was an den folgenden zwei Beispielen verdeutlicht werden soll.

Unterbringung: Während des Zulassungsverfahrens sind AsylwerberInnen meist in den Erstaufnahmestellen (Traiskirchen, Thalham, Schwechat) untergebracht. Bis zur Zulassung ihres Verfahrens in Österreich dürfen sie den betreffenden Bezirk³⁰¹ nicht verlassen (Gebietsbeschränkung). Ab 2011 sollen AsylwerberInnen nach Asylantragstellung für eine Woche die Erstaufnahmestelle gar nicht mehr verlassen dürfen.³⁰²

Bei Zulassung des Verfahrens in Österreich erfolgt die Überstellung in eine organisierte Unterkunft, wobei die Asylsuchenden selbst kein Mitspracherecht haben; familiäre Bindungen werden bis zu einem gewissen Grad berücksichtigt. Verlassen AsylwerberInnen mehr als drei Tage unangemeldet ihr Quartier oder dauerhaft³⁰³ das Bundesland, indem sie zur Grundversorgung zugewiesen sind, verlieren sie den Anspruch auf diese.³⁰⁴

Arbeit und Beschäftigung: AsylwerberInnen verfügen während des Verfahrens lediglich über eine vorübergehende Aufenthaltsberechtigung bis zum rechtskräftigen Abschluss des Asylverfahrens.³⁰⁵ Diese ermöglicht keinen freien Zugang zum Arbeitsmarkt. AsylwerberInnen können im Rahmen unselbstständiger Erwerbstätigkeit lediglich eine Beschäftigungsbewilligung erhalten, die ihr Arbeitgeber/ ihre Arbeitgeberin für sie beantragen muss. In der Praxis ist es außerordentlich schwierig, eine solche zu erlangen, da in einem Erlass des Arbeitsministeriums geregelt ist, dass Beschäftigungsbewilligungen an AsylwerberInnen nur im Bereich der

³⁰¹ z.B. Baden im Falle der Erstaufnahmestelle Traiskirchen

³⁰² Vgl. Rote Karte für Asylwerber, Der Standard, 7.9.2010, URL: <http://derstandard.at/1282979065459/Einigung-Rote-Karte-fuer-Asylwerber>, Zugriff am 24.9.2010

³⁰³ Gemeint ist der Wechsel des Wohnortes und nicht ein kurzer Ausflug.

³⁰⁴ Vgl. Alkan G., Zum Schmarotzen gezwungen. Ein Gespräch mit drei ExpertInnen zum Thema Grundversorgung für AsylwerberInnen, daStandard, 29.4.2010, URL: <http://dastandard.at/1271375557080/Zum-Schmarotzen-gezwungen>, Zugriff am 24.9.2010

³⁰⁵ Vgl. Schumacher S., Peyrl J., Ratgeber Fremdenrecht, ÖGB Verlag, Wien³ 2007, S.215

Saisonbeschäftigung/Erntehilfe ausgestellt werden dürfen.³⁰⁶

AsylwerberInnen ist es generell erlaubt, einer selbstständigen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dies scheitert in der Praxis jedoch oftmals an den Zulassungsbedingungen für bestimmte Berufsgruppen (z.B. nicht anerkannte Studien- bzw. Schulabschlüsse), an Startkapital sowie dem nötigen Wissen über die diesbezügliche Gesetzeslage.³⁰⁷

Die sinnvolle Gestaltung und Strukturierung des Alltags gestaltet sich demnach für Betroffene als äußerst schwierig.

Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten

Gewährung der Grundversorgung

In den einzelnen Bundesländern ist die Umsetzung der Grundversorgungsvereinbarung unterschiedlich geregelt. So gibt es z.B. eigene Abteilungen der Landesregierungen wie das Flüchtlingsreferat in Kärnten. Andernorts ist die Umsetzung der Grundversorgungsvereinbarung ausgegliedert – so wie in Wien, wo der Fonds Soziales Wien zuständig ist und eine explizit dafür eingerichtete Servicestelle der Caritas Wien die administrative Abwicklung übernommen hat. Im Rahmen der Grundversorgung ist ausschließlich Sozialberatung vorgesehen, jedoch keine Rechtsberatung.³⁰⁸

Soziale und rechtliche Beratung

Das Angebot an sozialen sowie rechtlichen Beratungseinrichtungen variiert in den einzelnen Bundesländern stark, in Wien ist die Versorgungsdichte die höchste bundesweit. Neben großen sozialen Einrichtungen wie Caritas, Diakonie und Volkshilfe, die bundesweit agieren, sind vor allem in Wien auch mehrere kleine Vereine tätig wie z.B. der Verein Ute Bock, das Integrationshaus, der Verein Asyl in Not, Helping Hands oder die Deserteurs- und Flüchtlingsberatung.

³⁰⁶ Vgl. Ebd. S.239

³⁰⁷ Vgl. Ebd. S.259ff

³⁰⁸ Vgl. Alkan G., Zum Schmarotzen gezwungen. Ein Gespräch mit drei ExpertInnen zum Thema Grundversorgung für AsylwerberInnen, daStandard, 29.4.2010, URL: <http://dastandard.at/1271375557080/Zum-Schmarotzen-gezwungen>, Zugriff am 24.9.2010

Bundesweit sind die Ressourcen hinsichtlich leistbarer rechtlicher Beratung und Vertretung für AsylwerberInnen sehr knapp. Bestehende Einrichtungen arbeiten am Rande ihrer Möglichkeiten. Ihre finanzielle Situation ist aufgrund unzureichender bzw. hin zu gänzlich fehlender staatlicher Subventionierung zudem oftmals prekär, sodass Einrichtungen ohne ehrenamtliche HelferInnen bzw. PraktikantInnen kaum überlebensfähig wären.

In den letzten Jahren werden Aufträge wie z.B. die Betreuung und Beratung von Menschen in Schubhaft verstärkt an den ministeriumsnahen und umstrittenen³⁰⁹ Verein Menschenrechte Österreich vergeben, was zu erheblichen finanziellen Engpässen bei anderen Hilfsorganisationen führt.³¹⁰

Für subsidiär Schutzberechtigte bzw. anerkannte Flüchtlinge gibt es in größeren Städten Integrationsberatung bzw. Startbegleitung.

Psychosoziale Versorgung

Psychosoziale Beratung und Betreuung bzw. psychotherapeutische Einrichtungen für traumatisierte Flüchtlinge gibt es in :

- Wien (ESRA – Psychosoziales Beratungs- und Behandlungszentrum mit Schwerpunkt auf der Betreuung Menschen jüdischer Herkunft, Hemayat – Verein zur Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden, SINTEM – zur Caritas gehörend, Transkulturelle Ambulanz an der Universitätsklinik Wien)
- Graz (Omega – Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration , Zebra – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum)

³⁰⁹ Vgl. Presseausendung der Asylkoordination Österreich, URL: <http://deserteursberatung.at/article/520> , Zugriff am 25.9.2010 sowie „Sozialkonzerne sind nicht gewohnt zu verlieren“, Der Standard, 3.7.2009, URL: <http://derstandard.at/1246541356429/Sozialkonzerne-sind-nicht-gewohnt-zu-verlieren> , Zugriff am 25.9.2010

³¹⁰ Vgl. NGOs kritisieren Neuvergabe, Der Standard, 25.9.2009, URL: <http://derstandard.at/1253807771908/NGOs-kritisieren-Neuvergabe> , Zugriff am 24.9.2010 sowie Schubhaftbetreuung neu ausgeschrieben, Der Standard 2.4.2010, URL: <http://derstandard.at/1269448801826/Schubhaftbetreuung-neu-ausgeschrieben> , Zugriff am 25.9.2010

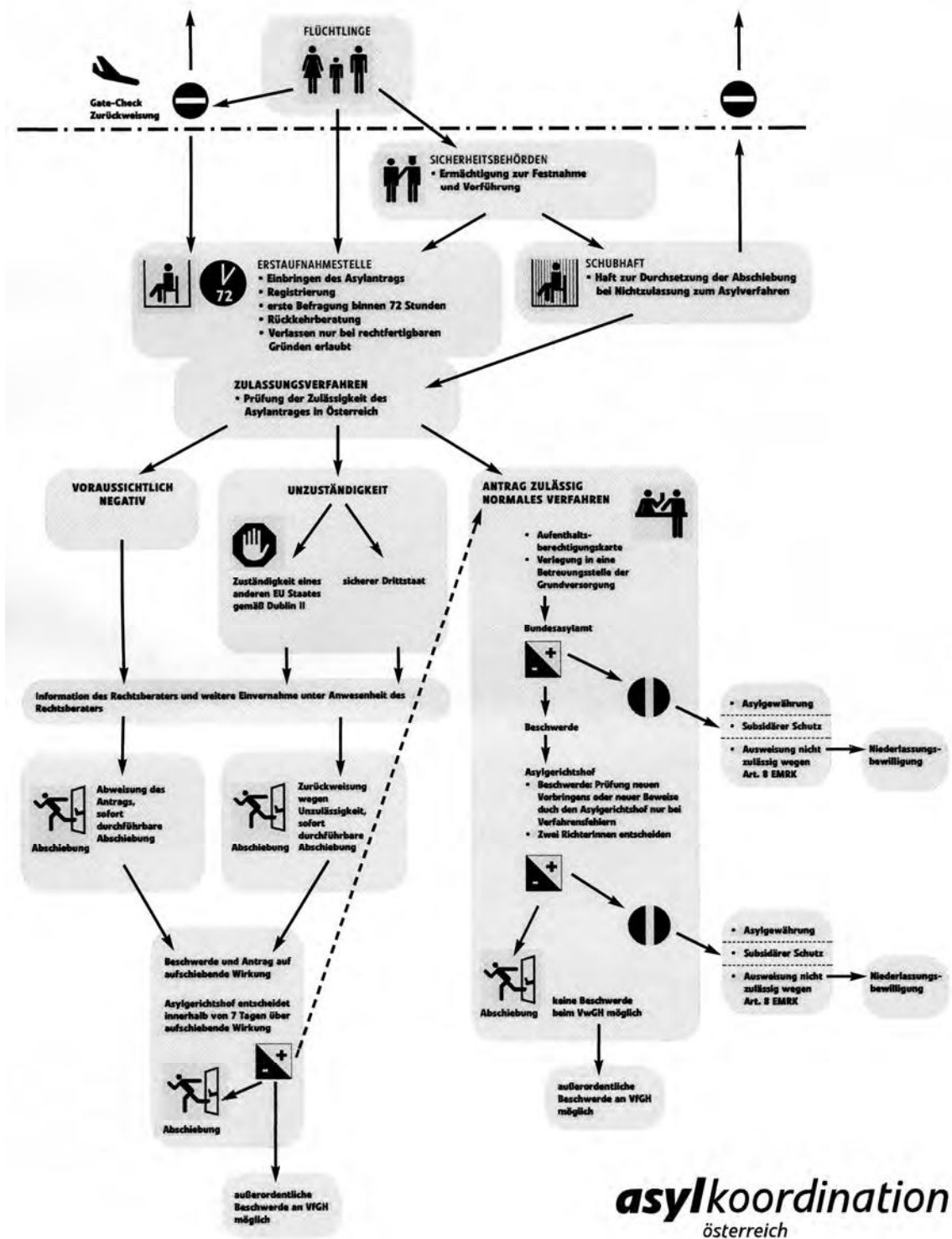
- St.Pölten (Psychotherapieangebote der Caritas)³¹¹
- Linz (Oasis – zur Volkshilfe Oberösterreich gehörend)
- Salzburg (Oneros – zur Caritas gehörend)
- Innsbruck (Ankyra – zum Diakonie Flüchtlingsdienst gehörend)
- Klagenfurt (Aspis – Forschungs- und Beratungszentrum für Opfer von Gewalt)³¹²

Zusätzlich bieten auch selbstständige PsychotherapeutInnen Therapien an, diese sind jedoch meist mit einem erheblichen finanziellen Mehraufwand für die Betroffenen verbunden und meist nur schwer leistbar. In oben genannten Einrichtungen können Betroffene kostenlos professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, aufgrund der starken Nachfrage ist jedoch mit oftmals mehrmonatigen Wartezeiten zu rechnen.

³¹¹ Vgl. Homepage der Caritas Wien, Psychosoziale Angebote in Wien und Niederösterreich, URL: <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/asylmigrationintegration/beratung-fuer-asylwerberinnen/psychosoziale-angebote/> , Zugriff am 21.10.2010

³¹² Vgl. Schumacher S., Peyrl J., Ratgeber Fremdenrecht, ÖGB Verlag, Wien³ 2007, S.203

Ablaufschema des Asylverfahrens nach dem Asylgesetz 2005



(Schema Ablauf des Asylverfahrens nach dem Asylgesetz 2005, Asylkoordination Österreich 2009, Abb.3)

Interview-Leitfaden

Datum:

Interviewte Person:

Dauer des Interviews (Tageszeit, Uhrzeit):

Anwesenheit Dritter?

Ort des Interviews:

Eingangsfragen (optional):

Haben Sie Fragen zum Interview selbst bzw. in welchem Rahmen es durchgeführt wird?

Haben Sie noch Fragen oder können wir beginnen?

Warming Up:

Zu Beginn möchte ich Ihnen ein paar eher allgemeine Fragen stellen.

Seit wann sind Sie als SozialarbeiterIn/ SozialpädagogeIn / BeraterIn tätig?

Welche Art der Ausbildung haben Sie absolviert?

Seit wann arbeiten Sie im Flüchtlingsbereich?

Wie würden Sie ihre tägliche Arbeit beschreiben?

1. Themkomplex:

Sind Sie im Rahmen ihrer Arbeit mit traumatischen Erfahrungen, mit Traumen ihrer KlientInnen konfrontiert?

Wie intensiv sind Sie mit Erzählungen von traumatischen Erlebnissen der KlientInnen konfrontiert?

(z.B. Häufigkeit, Dramatik des Erzählten, Detailreichtum, etc.)

In welchen Situationen bzw. in welchem Rahmen passiert es, dass KlientInnen von diesbezüglichen Erfahrungen sprechen?

Können Sie mir dazu ein Beispiel nennen bzw. fällt Ihnen spontan eine konkrete Erzählung ein, an die sie sich erinnern?

2. Themenkomplex:

Wie geht es Ihnen, wenn KlientInnen ihre traumatischen Erfahrungen mit Ihnen teilen?

Wie verhalten Sie sich in der Situation?

Wie gehen Sie mit diesen Erzählungen, Inhalten, etc. um? (Institutionell und privat)

Welche Ressourcen stehen Ihnen in dieser Beziehung zur Verfügung? (Institutionell und privat)

Gibt es Erzählungen oder Erlebnisse, die Sie über einen längeren Zeitraum hinweg beschäftigen?

Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass sie so viel in ihrer Arbeit „mitbekommen“, dass es schon „zu viel“ ist?

3. Themenkomplex:

Ich würde gerne im nächsten Themenkomplex darauf eingehen, wie Sie als ExpertIn das Phänomen der Sekundären Traumatisierung beschreiben würden. Haben Sie bereits von dem Begriff der Sekundären Traumatisierung gehört?

- Wenn nein : Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Sprachregelung, wie Sie die Belastungen, die SozialarbeiterInnen durch die Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen der KlientInnen erfahren können, benennen? Welche Sprache verwenden Sie in der Einrichtung, um sich diesbezüglich zu verständigen?

- Wenn ja: wo bzw. in welchem Kontext?

Was verbinden Sie mit diesem Begriff bzw. wie würden Sie ihn umschreiben?

Gibt es etwas, das Ihnen noch einfällt, das ich noch nicht gefragt habe?

Danke!

Transkript eines Interviews

Interview mit Interviewpartnerin 2 (IP2), Wohneinrichtung im Rahmen der Grundversorgung, Diakonie Flüchtlingsdienst, 12.5.2010, 14 Uhr, Dauer der Tonbandaufnahme: 30 min

Zur Situation: Die Sozialarbeiterin und ihre Kollegin sind insgesamt zu dritt im Büro der Wohneinrichtung. Für das Interview gehen wir in einen eigenen kleinen Raum und sind dort vollkommen ungestört. Die Interviewpartnerin erzählt eher langsam, leise und ruhig.

Während des Interviews bleiben wir in der Sie-Form; erst danach fragt sie mich, ob wir uns nicht duzen können.

Transkriptionssystem³¹³:

<i>Kursiv</i>	Interviewerin (I)
Normal	Interviewpartnerin (IP)
<u>Nein</u>	betont
Nein	laut (in Relation zur üblichen Lautstärke der Interviewten)
°Nein°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke der Interviewten)
Vielei=	Abbruch eines Wortes
Oh=ne	Wortverschleifung
Ja:::	Dehnung
(doch)	schwer verständlich, Unsicherheit bei der Transkription
@nein@	lachend gesprochen
@(.)@	kurzes Auflachen
@(3)@	3 Sekunden Lachen
(5)	5 Sekunden Sprechpause

Im Originaltranskript findet sich zudem eine fortlaufende Zeilennummerierung!

I: Ok, also zu Beginn habe ich gedacht an ein paar allgemeine Fragen. Also zuerst einmal : Seit wann sind Sie schon als Sozialarbeiterin tätig oder als Sozialpädagogin?

IP2: Also ich bin Sozialarbeiterin von der Ausbildung her und seit 1995.

I: 1995 (wiederholend)

IP2: Ja, und seit, seit 5 Jahren im Flüchtlingsbereich.

I: Haben Sie damals die , äh, Akademie für Sozialarbeit...

IP2: Ja, genau. In der Freytaggasse.

³¹³ In Anlehnung an das Transkriptionssystem in Przyborski A., Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004, S.331ff

I: Ja. Ähm. Also seit, seit 5 Jahren arbeiten Sie im Flüchtlingsbereich. Seit, ähm, wo haben Sie zuvor gearbeitet?

IP2: Ähm, in einer WG für, für geistig Behinderte. Also Leute mit geistiger Behinderung. (1) Und psychischer Erkrankung zum Teil.

I: Ja, (2) wie, wie würden Sie ihre tägliche Arbeit hier beschreiben?

IP2: Naja, wir sind eine sehr niederschwellige Einrichtung halt, Flüchtlingshaus. Und wir sind eigentlich für sehr viel unterschiedliche Dinge zuständig. Einmal für die ganze Hausorganisation und (1) für die Beratung, Betreuung, viele administrative Tätigkeiten. Also es ist eine sehr vielfältige Arbeit, wenn man es so ganz grob beschreibt.

I: Sind Sie mit den anderen Einrichtungen in der Diakonie vernetzt? Also, in, in (1) also was die Rechtsberatung betrifft, die ist ja glaube ich in der Steinergasse ?!

IP2: Genau. Also mit denen arbeiten wir viel zusammen. Rechtsberatungsstelle. Mit denen arbeiten wir viel zusammen. Mit der Rechtsberatungsstelle. Oder auch mit INTO (1) kennen Sie?

I: Ja.

IP2: Ja, also auch wenn Leute bei uns einen Positiv-Bescheid bekommen, dann, dann (1) können sie sich auch bei INTO anmelden. °Zum Teil wegen einer Wohnung° oder wir tun auch eine Gemeindewohnung beantragen (2) Und überhaupt, mit der Caritas arbeiten wir zusammen, oder auch mit Hemayat (1) Therapieeinrichtungen (1) Psychologen (2) Ärzten (3) Also man ist da wirklich so eine, eine Schnittstelle auch. Um die Leute dann weiter zu vermitteln. Zu anderen Stellen. (1) Und so. ja.

I: Sind Sie in Ihrer täglichen Arbeit mit (1) ähm mit traumatischen Erlebnissen, die die Klienten erlebt haben konfrontiert? Also, dass Sie damit in Berührung kommen? Sei es, dass Sie (1) dass sie das erzählt bekommen oder dass es irgendwo (1) am Verhalten merkbar wäre?

IP2: Also bei uns ist es so (1) wir machen immer wenn Leute kommen ein Aufnahmegespräch (1) wo, wo wir eben abklären, ob, ° die gesundheitliche Situation und diese ganzen Dinge° und, und asylrechtliche Situation. Ähm (1) Wo ich aber nicht nach der Fluchtgeschichte oder so frage. (2) das kann schon vorkommen, dass das die Leute bei uns erzählen. Das ist aber eher selten. Ähm (1) Weil die Leute das eh so im Rahmen vom Asylverfahren erzählen (1) und ich möchte das dann auch gar nicht, also das geht mir dann auch fast zu weit (1) manchmal, diese Dinge. Weil ich ja keine Therapeutin. Und da, mit dem so zu arbeiten (1) Also es kann vorkommen, aber es ist eher selten, dass die Leute dann wirklich so die traumatischen Erlebnisse (1) so ganz konkret erzählen. Wir haben halt viel zu tun mit den Auswirkungen. Also wie es den Leuten so geht. Dass sie Depressionen haben, (2) Schlaflosigkeit (1) Also das sind schon Dinge, mit denen die Leute dann zu uns kommen. (1) Oder einfach auch (1) ja, wenn es Aggressionen gibt oder, oder (1) also wir haben schon viele Leute, die, die psychische Probleme haben. Ja. (1) und mit den Auswirkungen sind wir dann schon stark konfrontiert. Aber sonst, also diese Erlebnisse direkt, die sie gehabt haben, erfahren wir eigentlich selten. So ganz konkret. (1) Ja (1)

I: Also Auswirkungen (1) Sie haben Depressionen und Probleme mit dem Schlafen beschrieben. Aggressionen noch und...

IP2: Ja, es ist halt so vielfältig. Es ist oft so schwer dann zu (2) zu erkennen, aber es sind halt (1) dass sie halt Krankheiten haben, immer wieder viel zum Arzt gehen und und (2) vielfältige Beschwerden einfach.(5) Schon auch viele Ängste (1) eher Depressionen (1) kommt halt häufig vor. Und dass sie sich wirklich dann zurückziehen. Und nur mehr schlafen. Dass ist halt auch bei uns, dass die Leute viel (1) bei uns ist halt auch so das große Problem, dass die Leute ja nicht arbeiten dürfen (1) und (1) überhaupt wenig Beschäftigung haben. Und das fördert das dann noch dazu (1) und, wir haben dann halt viele Leute, die den ganzen Tag im Zimmer sind, und (1) wo es halt auch so eine Aufgabe von uns ist, zu schauen dass wir Beschäftigung finden für die Leute. Auch dass sie in Deutschkurse gehen, oder dass man Freizeitangebote macht. Um sie da ein bisschen rauszuholen (3) und dann haben wir halt schon auch Leute, die , also mit psychischer Erkrankung (2) zum Teil. Ja, und ich nehme an, dass sehr viele (2) viele traumatische Erfahrungen gemacht worden sind (2) °Das kann man annehmen, ja°

I: Haben Sie eine Situation erlebt, wo Ihnen jemand wirklich , also dieses, also wirklich dieses Erlebnis mit Ihnen geteilt hat? Also erzählt hat auch?

IP2: Ja, es gibt schon (1) kommt schon, es ist schon vorgekommen, dass man das wirklich konkret erfährt, was passiert ist. Also so kleine (1) Teile halt nur. Also ich denke mir immer das ist ein Wahnsinn, was die Leute alles erlebt haben (1) müssen. Ja schon (1) wenn jemand flieht und so. Und kleine Teile habe ich schon erzählt bekommen, ja (1) Also (1) was eigentlich unvorstellbar ist, wenn (1) wenn man so aufwächst wie wir zum Teil hier. Was die Leute da erlebt haben.

I: Können Sie sich an eine bestimmte Erzählung besonders gut erinnern oder (2) gibt es irgendwas, das Ihnen spontan einfällt?

IP2: Naja, mir hat eine Frau einmal von der Flucht be=, °also dass sie zu Fuß von Polen nach Österreich gegangen ist mit 3 kleinen Kindern (1) zum Beispiel (1) oder (kurzes Räuspern) ja, dass jemand in die Psychiatrie gekommen ist und was dort passiert ist. und°(3) das sind 2 Geschichten jetzt, die mir jetzt so einfallen. Was einen dann schon aber auch belastet sehr, sehr als (1) als Betreuerin. Hm. (1) Aber das ist eben (1) kommt eher selten vor, weil ich ja gar nicht so danach frage eigentlich, ja. Ich tu eher mit dem arbeiten, was jetzt so da ist. Und tu dann schon weitervermitteln zu Therapieeinrichtungen, wenn ich merk dass °jemand (1) jemand so viele. (kurzes Räuspern) Und ist halt auffällig. Und dem geht es nicht gut.° Also das machen wir dann eher°. (3) Aber ich arbeite jetzt nicht so mit dem, was passiert ist. Ja, ist nicht mein (1) würde meine Kompetenzen überschreiten.

I: Ja, und ist in dem Rahmen auch oft schwierig, denke ich mir.

IP2: Und die Leute sind auch manchmal froh kommt mir vor, wenn sie nicht so (2) das wieder erzählen müssen. Oder so. Wenn da einmal ein Raum ist, wo das nicht Thema ist. Oder so.

I: Das kann ich mir vorstellen, ja. Da ist ja auch durch das Asylverfahren (1) wenn man das bei den Ämtern und bei der Rechtsberatung ist das ja eh sehr stark Thema, das was alles passiert ist.

IP2: Genau, und das gehört dann eher dort hin. Und es ist wirklich auch oft so beim

Aufnahmegespräch, wenn man dann mehr fragt, dann werden die Leute so misstrauisch und sagen „Ah, ist das ein Interview?“ oder „Was ist das jetzt?“ Also (4) °das° das mögen sie dann gar nicht so gern, wenn man so °genauer nachfragt°. Und das entwickelt sich dann halt aus dem einem Vertrauensverhältnis, was dann entsteht, wenn die Leute länger da, da wohnen.

I: Länger da wohnen bedeutet..?

IP2: Ja:: (seufzt), lange zum Teil @(.)@ die Asylverfahren dauern ja rechte lange und man kann so sagen, dass die Hälfte der Leute, ist über Jahre bei uns. Und die Hälfte die, sind die, die dann eher kürzer. Weil sie in ein anderes Haus gehen, oder nicht hier schlafen und wir sie dann wieder abmelden. Aber wir haben wirklich Leute, die schon Jahre da sind. °6 Jahre, 7 Jahre°(1) °Ein Mann neun Jahre. Das sind (?)° Und das sind halt auch alles dann noch zusätzlich für die Leute extrem so belastende (1) °psychisch belastende Dinge° (1) Diese langen Wartezeiten und die, bei uns ist es halt so, dass halt mehr Leute in einem Zimmer sind. Das heißt die Leute haben auch keine Privatsphäre. (1) Und es kommt dann zusätzlich zu dieser Traumatisierung, die sie von der Flucht haben oder vom Heimatland, kommt das dann zusätzlich noch dazu. Diese Situation hier. Diese Unsicherheit, °diese langen Wartezeiten. Das ist alles psychisch extrem belastend° und. Und. Eigentlich muss man krank werden @(.)@ Durch. Durch diese Lebenssituation.

I: Wenn Klienten, so wie Sie vorher beschrieben haben, die, die Frau mit den drei Kindern, ähm, wenn sie derartige Erlebnisse erzählt bekommen, wie geht es Ihnen in der Situation bzw. danach?

IP2: Ähm, das, diese Geschichte damals war sehr belastend (4) das sind dann schon, das sind Dinge, die man mit nach Hause nimmt. °zum Teil° (1) Aber °ja, muss ich halt dann drauf schauen°(1) Also wir haben eh Supervision. Und dass man dann halt auch im Team drüber redet.

I: Also (1) ist es bei Ihnen im Team so, dass diese Dinge auch wirklich (1) also besprochen werden? Gemeinsam.

IP2: Ja, also wir sind eigentlich nur zu zweit jetzt so unter Tags, aber das (1) tauschen wir uns schon aus, ja (2) Ja, aber ich kann mir vorstellen, dass wenn man eben öfter damit konfrontiert ist. Eben wirklich mit °diesen (1)° schlimmen Geschichten, also das kann sicher sehr belastend sein, ja.

I: Sie haben gemeint mit, „Geschichten mit nach Hause nehmen“. Wie, wie schaffen Sie das dann, dass Sie, wenn Sie zu Hause sind und das irgendwo noch im Kopf haben, dass Sie, abzuschalten dann wieder, dass sie dann wieder privat sind?

IP2: Ja::; es ist eh nicht leicht @(2)@ (4) Man, man, man braucht dann auch zum Teil so Rituale. Also so, dass man zum Beispiel vorher noch spazieren geht, oder °das ist halt was, das ich mache, dass ich dann° wenn es wirklich zu viel war, dass ich dann schaue, dass ich dann noch laufen gehe, oder spazieren, oder mich noch ein Cafehaus setze, bevor ich dann nach Hause gehe. Wo ich dann halt so wirklich versuche zu sagen, und so schließe ich das jetzt ab und dann gehe ich nach Hause. (2) Hm, das ist auch eine, eine so eine Möglichkeit.

I: Das heißt, es gibt diese (1) persönlichen Rituale und (1) und Methoden damit umzugehen, aber auch den Rahmen im Team?!

IP2: Ja, im Team und in der Supervision. Ja. (1) Hm.

I: Supervision. In, in welchem Ausmaß steht Ihnen das zur Verfügung?

IP2: Also einmal im Monat. Eineinhalb Stunden. Ja.

I: Und ist das (1) im Team dann?

IP2: Ja, genau. Aber das ist im Team dann eigentlich mit den Nachtdienstmitarbeitern, °weil wir haben noch 4 Nachtdienstmitarbeiter°. Also alle gemeinsam.

I: Ja (5) Also so der, der dritte Bereich, wo ich so fragen wollte ist, ähm (1) also sind Sie mit dem, oder sagt Ihnen der Begriff „Sekundäre Traumatisierung“ etwas?

IP2: Ja, schon. Das ist eben (2) dass man dann auch als Betreuer oder als Therapeut (1) also ja, sekundär traumatisiert werden kann, °wenn man diese Geschichten so erzählt bekommt°. Kann ich mir sehr gut vorstellen. Habe ich mir damals auch gedacht. Also wenn mir so Geschichten erzählt worden sind, dann habe ich das auch (1) gespürt. Also, da habe ich mir auch gedacht, °das muss eigentlich ein großes Thema sein (1) auch in den Psychotherapieeinrichtungen°

I: Gespürt...was, was meinen Sie damit?

IP2: Naja, dass das für einen selber dann sehr, °ich weiß nicht, ist schwer zu erklären°, also dass es einen sehr betrifft dann einfach und dass man ein Stück das mitkriegt, von dem Gefühl einfach (5) Von diesem schrecklichen. Und. Ja.

I: Wenn Sie in Ihrer Einrichtung darüber sprechen, wie, also sprechen über diese Belastungen, die sie mitkriegen auch durch die Erzählungen von den ähm (1) ähm, von , von Klienten. Haben sie da (1) eine bestimmte Bezeichnung, wie sie darüber reden, oder?

IP2: Wie meinen Sie „Bezeichnung“?

I: Ähm (2) wie sie diese Belastungen beschreiben (1) °untereinander°.

IP2: Also im Grunde tun wir es dann nur erzählen. (2) Und erzählen halt, wie es einem geht damit, °so dass man das halt mit nach Hause genommen hat° oder ja eher so, dass man halt darüber, darüber spricht (3) ob, ich meine, bei uns ist es halt nicht so Thema, so dieses , ähm(3) direkt dass wir diese traumatischen Erlebnisse erzählt bekommt, dass ist bei uns jetzt nicht so oft, nicht so oft Thema, dass, °dass wir uns da jetzt etwas Besonderes dazu überlegt hätten Im Team° Bei uns ist es halt sehr belastend, wenn, also Konflikte im Haus, die halt auch irgendwas damit zu tun haben oder wir halt viele Leute haben, denen es psychisch nicht so gut geht.(2) Das ist halt bei uns häufig, dass es Konflikte gibt, und (2) °ja, und dass wir Leute haben, denen es halt nicht gut geht und mit denen wir dann auch arbeiten, ja.° (1) Aber weniger so diese, diese Geschichten, diese Fluchtgeschichten, °die uns erzählt werden°

I: Gibt es so einzelne belastende Geschichten, also, ähm, die Sie über einen längeren Zeitraum hindurch beschäftigen? Also das müssen jetzt gar nicht so unbedingt Erzählungen von irgendwelchen dramatischen Erlebnissen sein, sondern auch Dinge, die man so im Alltag mitbekommt.

IP2: Na ja, belastend ist bei halt dass wir so, also wir sind 2 Sozialarbeiterinnen für 82 Personen. Und manchmal ist es einfach zu viel, ja. Es ist, wenn eine auf Urlaub ist zum Beispiel ist man alleine da (2) und dann ist einfach die Arbeitsbelastung zu hoch. Und, und, und wenn dann noch irgendwie schwierige Sachen dazukommen, die man dann ganz alleine entscheiden muss. Das sind halt so die Schwierigkeiten bei uns, denk ich, oder für mich halt. Ja, das ist (2) das einfach die Arbeit zu viel ist. @(.)@ Manchmal. Und wir einfach zu niedrig besetzt sind hier. Ja. (1) Das ist so, so ein Problem, ja.

I: Kennen Sie das Gefühl, dass, dass man nach Hause geht und man sich denkt, man hat einfach irgendwie zu viel mitbekommen? Tagsüber. An Geschichten, an Problemen?

IP2: Ja, das gibt es schon oft. Eben das, es ist so unterschiedlich. Manchmal ist es ganz normal und dann gibt es Tage, wo sehr viel ist. (1) und da ist halt schon (1)Wo es einfach zu viel war. (1) °Das (3) also das , das kommt immer wieder vor°.

I: Sie haben gemeint, Sie arbeiten seit 5 Jahren da. Hat sich ihr, ihr Umgang mit belastenden Situationen, die sie durch Klienten mitbekommen, in dieser Zeit verändert?

IP2: Ja, es wird, es wird schon leichter. Weil man sich halt (kurzes Räuspern) weil man halt schon mehr Erfahrung hat und halt besser weiß, weil man die Leute zum Teil besser kennt. (1) Also es ist schon, schon leichter geworden als am Anfang. (3)Das schon, ja. Und die Arbeit hat genauso, also es ist nicht nur so negativ, es hat dann auch wieder so einen Ausgleich, gottseidank. Ja.

I: Den, den Ausgleich, also die, die positiven Seiten Ihrer Arbeit, wie, wie würden Sie die beschreiben?

IP2: Die positiven Seiten sind auch oft die Menschen eigentlich. Dass es trotz dieser schwierigen Situation die Leute sehr freundlich sind, sehr herzlich zum Teil, und, und, und dass es auch nette Kontakte gibt im Haus, untereinander. Zwischen verschiedenen Nationen, was immer, was total schön zum Sehen ist, dass das funktionieren kann. Ja, und einfach das Menschliche ist einfach sehr schön. Und da kriegt man einfach sehr viel zurück. Und es gibt wirklich Tage wo ich rausgehe und mir denke, „Mah, ich liebe diesen Job!“ Total. @(.)@ Und andere Tagen, wenn eben ganz viel Anstrengendes war, dann ist es halt sehr (1) sehr anstrengend und erschöpfend. Aber es hält sich die Waage. ° Und das ist, das ist das Schöne eigentlich dran° (2) und das Schöne, das Schöne ist auch dass die Arbeit sehr vielfältig ist. Weil von den KlientInnengruppen (kurzes Räuspern) also wir arbeiten mit Frauen, Kindern, Jugendlichen ,mit Leuten mit psychischer Erkrankung, mit Drogenproblematik, alten Menschen. Also man halt wirklich von der, von der Sozialarbeit das ganze Feld. Ja, deswegen wird es auch nie fad. Man hat immer wieder neue Herausforderungen, weil man immer recherchieren muss und so. Aber das macht die Arbeit auch nicht fad. Ja.

I: Ja, also die (2) ich glaube von den wesentlichen Fragen, die ich mir im Vorfeld überlegt haben (1) haben wir jetzt eigentlich besprochen. Ähm. Gibt es (1) gibt es irgend etwas, das Ihnen noch einfällt oder das ich vergessen habe zu fragen oder nicht gefragt habe, wo Sie sich denken, das wäre noch wichtig zu thematisieren?

IP2: Nein, was mir noch einfällt ist halt (1) dass es auch zusätzlich zu der Traumatisierung vom Heimatland oder von der Flucht halt auch wieder zu Traumatisierungen kommt. Hier. In Österreich, ja. Durch Schubhaft, durch Polizeieinsätze (1) mit dem sind wir auch konfrontiert, und das sind schon auch schwierige Dinge, ja Wenn es Razzien gibt und die Leute dann , weiß nicht, sich ausziehen müssen und dann und das sind halt für die Bewohner noch einmal sehr traumatisierende Erlebnisse zum Teil. Zusätzlich. Oder gerade wegen ihrer Fluchtgeschichte auch. Die sie dann in Österreich erleben. Und das ist schon auch was, das immer dann sehr nahe geht. Wenn jemand aus der Schubhaft kommt, gerade 23 Tage Hungerstreik gemacht hat, dann ist das sehr b= (1) berührend einfach. °und, und° (1) schlimm, was die Leute sich antun eigentlich, oder antun müssen eben irgendwie (1) in einem Land wie Österreich.

I: Wie geht es Ihnen mit, mit solchen Situationen? Wenn Sie dann (1) diese Leute vielleicht vor sich sitzen haben und die erzählen, was in der Schubhaft war?

IP2: Ja, es macht mich traurig, °einfach, ja°. Und man schaut halt dann, dass man möglichst, (1) ähm, da sehr respektvoll also mit den L=, also mit den Leuten umgeht. Also nicht möglichst, sondern dass man sehr respektvoll umgeht. Und, und halt schaut, dass man dann das Möglichste tut. Dass die zu einem Arzt kommen und dass sie (1) oder da dann bei uns gut aufgehoben sind. Aber wir haben auch immer wieder Leute, die dann einfach auf die Strasse geschickt werden. °Nach einem Hungerstreik. Und dann herkommen.° Total abgemagert. Schwach. Und (3)die (10)

I: Kommt so etwas häufig vor? Also ...

IP2: Also häufig nicht, aber, °aber° (1) kann ich jetzt schwer sagen, wie oft, aber doch, °es kommt schon in regelmäßigen Abständen immer wieder vor°. (3) Also ich denke, dass auch die Leute bei uns in Österreich noch (2) grade schwierige Lebenssituationen haben und, und, und Traumatisierungen °erleben, ja°.

I: Wie , wie gehen Sie d=, also damit um, dass es (1) also dass es ja Österreich, also die Situation in Österreich ja oft (1) also dass die Situation halt irrsinnig belastend ist für die, für die Menschen?

IP2: Ja, man ist dann ein bisschen (1) Also wie ich zu arbeiten begonnen habe, habe ich noch so ein Vertrauen gehabt in das österreichische Rechtssystem, und das verliert, also das habe ich verloren (1) also einen Teil davon habe ich verloren in, in der Arbeit. Weil (1) weil es so den Rechtsstaat im Asylbereich dann, also der lässt da nach.° Das ist halt° Und ich denke mir, dass ist halt so ein Politikum (1) es wird halt von der Politik gesteuert, (seufzen) diese Asylpolitik. Und das macht halt schon, also das ist schon sehr enttäuschend, dass wir da nicht weiter sind. In Österreich. °Und da mehr° einen humaneren Umgang haben und, und einen klügeren , einen klügeren, ja.

I: Wie gelingt es Ihnen dann zu=, also zuhause abzuschalten? Ich meine, ich kenne es nur von mir, dass , dass man halt auch dann durch, durch Medien ,Fernsehen auch immer einmal wieder einmal mit diesem Thema konfrontiert ist?

IP2: Total. Voll, es ist ja immer Thema. Das, das ist auch so was wo ich mir denke, es, es betrifft nicht so viele Menschen, ja, es gibt nicht so viele AsylwerberInnen, und es ist aber ständig, also es wird immer (1) so zum Thema gemacht. Wo ich mir auch denke, es wird °bewusst zum Thema gemacht°. Um einfach von anderen Themen abzulenken. Und die haben halt die, die geringste Lobby und deswegen wird es immer wieder diskutiert. (1) Naja, es ist (seufzt)(2) ärgert, einfach ärgerlich (1) ja, und sehr enttäuschend auch. °Bin schon enttäuscht auch von, von°, von der österreichischen Politik °was das betrifft° dass es da keinen menschlicheren Umgang gibt. (1) Vor allem, wenn man dann die Lebenssituationen halt sieht, wie die Leute wirklich leben.Ja.

I: Ich habe vorher noch ganz vergessen zu fragen, ähm, vorher, wo wir über Sekundäre Traumatisierung gesprochen haben, aus, aus welchem Kontext Sie mit dem Begriff vertraut sind. Haben Sie das in Ihrer Ausbildung gehört, oder , oder gelesen davon? Können Sie sich noch erinnern, wo das war?

IP2: Naja, ich habe schon so Artikel gelesen dazu. Ja. Auch über Psychotherapie mit, mit traumatisierten AsylwerberInnen und in dem, in dem Rahmen eben. Ist auch der Begriff gefallen. Also man wird schon, man stößt da schon immer wieder drauf.

I: Also im Zuge von, von Artikeln, die Sie im Laufe der letzten Jahre gelesen haben?!

IP2: Ja, in Büchern, bei Fortbildungen. (2) Ja, und ich habe auch meine Diplomarbeit über die psychische , also die Situation von psychisch kranken AsylwerberInnen geschrieben. Da habe ich dann auch (1) Literatur dazu gelesen.

I: Spannend. Haben Sie damals in dem Bereich schon Praktika gemacht gehabt, oder?

IP2: Ich habe da schon gearbeitet. Weil ich habe diese Nachgraduierung dann gemacht auf der FH. (Interviewpartnerin trinkt einen Schluck Wasser). Und weil es eben zu der Zeit(1) es hat keine Einrichtung gegeben, die °psychisch kranke AsylwerberInnen betreut°. Und das war dann halt oft schwierig, wenn die dann von einer Einrichtung zur nächsten gereicht werden (1) Mit 5 Leuten in einem Zimmer, und (1) und immer wieder rausfliegen, weil es halt im (1) die falsche Umgebung ist für Leute mit psychischer Erkrankung. Und das war dann so der Grund eben, um das Thema °zu wählen°.

I: Wann haben Sie diese Arbeit geschrieben?

IP2: Wann war denn das? Vor 3 Jahren, glaube ich schon wieder. Ja. (1) FH St. Pölten. (3) Von dem her kenne ich auch das Thema Interviews @(2)@ Interviewpartner zu finden (7)

I: Gut. (1) Ja, so von, von meiner Seite her wäre es das denke ich fürs erste.

IP2: Ja, also falls Sie noch irgendetwas brauchen (1) können Sie jederzeit anrufen.

I: Danke. Ähm. Möchten Sie das Transkript, ähm, Korrektur lesen oder noch einmal drüber schauen?

IP2: Ja, wenn Sie es mir schicken (2) °vielleicht ganz interessant° Mhm, aber ich glaube es passt schon.

I: Ja, also die (1) die Daten würde ich natürlich nur in anonymisierter Form wiedergeben. Also, nur eine, ich würde das Haus als eine Grundversorgungs=, äh, Einrichtung im Rahmen der Diakonie beschreiben. Ist das in dem Rahmen für Sie...
IP2: Ja, sicher.

I: Ja, und die, die Arbeit, so sie fertig ist, würde ich natürlich auch (1) ähm, Ihnen zukommen lassen, wenn Sie das möchten.

IP2: Ja, total gern. (2) Wollen Sie sich noch das Haus anschauen?

I: Ja, gerne.

IP2: Dann können wir noch kurz durchgehen oder so.

I: Dann drehe ich da mal ab (auf das Tonbandgerät bezogen). Vielen Dank für das Interview!

Autorin: Elisabeth Maria Petermichl
Geboren am 6.2.1987 in Graz

Curriculum Vitae

Schul- und Universitätsausbildung

September 2006 – Jänner 2011	Studium am der FH Campus Wien Studiengang „Sozialarbeit im städtischen Raum“
September 1997- Juni 2005	Bundesgymnasium (Weiz, Steiermark) Matura mit ausgezeichnetem Erfolg abgeschlossen
1993- 1997	Private Volksschule der Dominikanerinnen (St. Ruprecht an der Raab, Steiermark)

Studienrelevante Berufserfahrung & Praktika

Seit September 2007	Im Rahmen der Deserteurs- und Flüchtlingsberatung: Sozial- und Rechtsberatung für AsylwerberInnen, Menschen ohne Aufenthaltsstatus, subsidiär Schutzberechtigte und Asylberechtigte; Bürodienste, Workshops zum Thema Asyl und Fremdenrecht
November 2008- Februar 2009	Praktikum bei XENION e.V. –Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte in Berlin (ERASMUS-Aufenthalt)
Juni –Ende August 2008	Büroorganisation und Personalorganisation sowie Bürodienste in der Deserteurs- und Flüchtlingsberatung
August 2007	Praktikum im Sozialtherapeutikum Steiermark -Haus Sonnleiten Bereich Werkstätten für Menschen mit Beeinträchtigung
Sept. 2007-Sept. 2008	Projektpraktikum „Jugendcafé“
Juni- Anfang Juli 2007	Praktikum in der Deserteurs- und Flüchtlingsberatung (Wien)
Januar und Feber 2007	Praktikum im Obdachlosenbetreuungszentrum GRUFT (Wien)
Oktober 2005- September 2006	Freiwilliges Soziales Jahr Arbeit in einem Wohnheim für Menschen mit schwerer körperlicher und mehrfacher Behinderung in Althof, Oberösterreich (Wohnbereich, Pflege und Betreuung)
2002- 2005	Betreuerin im Rahmen einer Kinder- und Jugendferienwoche in Gusswerk (Obersteiermark), jeweils eine Woche in den Sommerferien

Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum:

.....

Unterschrift:

.....